

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI

PRÉSENTÉ À

L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À CHICOUTIMI

COMME EXIGENCE PARTIELLE

DE LA MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR

ÉDITH BILODEAU

ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'UTILISATION DES THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES
ET ALTERNATIVES DE SOINS PAR LES PROFESSIONNELS TRAVAILLANT EN
CENTRE D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE LA RÉGION
DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN

MARS 2008

Sommaire

De nombreuses thérapies complémentaires et alternatives de soins sont reconnues pour leurs bienfaits auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Cependant, il n'existe aucune donnée actuelle sur l'utilisation de ces dernières dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, car elles n'ont jamais été répertoriées. Une étude descriptive de type enquête a été réalisée dans 21 CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean dans le but de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels travaillant auprès de la clientèle. Les résultats de cette enquête montrent que les thérapies les plus utilisées sont la massothérapie, la musicothérapie, la relaxation, le toucher thérapeutique et la zoothérapie. Les principales raisons justifiant l'utilisation de ces thérapies sont: douleur, déficit cognitif et agitation. Cette recherche aura permis de produire des données probantes sur l'utilisation de ces thérapies.

Remerciements

Mes remerciements s'adressent à Mme Maud-Christine Chouinard, professeure au module des sciences infirmières et de la santé à l'Université du Québec à Chicoutimi, pour son expertise remarquable, la qualité de ses interventions et son soutien constant tout au long de ce projet. Tel un phare, elle m'a aidée à tenir le cap.

Je remercie particulièrement tous les professionnels des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui ont répondu aux questionnaires de recherche ainsi que tous les responsables des CHSLD qui ont accepté de collaborer à cette recherche. Je souligne le cordial accueil des membres de la table de concertation des aînés lors de la présentation de ce projet de recherche au cours d'une réunion tenue à Alma, de même que celui de la direction des soins infirmiers du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) Domaine-du-Roy à Roberval qui a facilité la rencontre avec tous les responsables des CHSLD Domaine-du-Roy. Sans la précieuse collaboration de tous ces intervenants, cette recherche n'aurait pu voir le jour.

Merci à Mme Marie Tremblay, professeure au module des sciences infirmières et de la santé à l'Université du Québec à Chicoutimi, à Mme Édith Ellefsen, professeure adjointe à l'Université de Sherbrooke, ainsi qu'à M. Serge Larouche, professeur au Collège d'Alma, pour leur contribution par la validation des questionnaires de recherche.

Je tiens à remercier M. Jean-Yves Frigon, qui a collaboré à l'analyse des données statistiques, de même que les réviseurs linguistiques pour la relecture de cet essai.

J'ai grandement apprécié les marques d'encouragement provenant du personnel du module des sciences infirmières et de la santé de l'Université du Québec à Chicoutimi. À vous toutes, encore merci.

J'exprime ma reconnaissance envers mon conjoint Ghislain Ménard qui m'a constamment soutenue et encouragée au cours de mes études universitaires. Il a été un guide précieux dans mes moments d'incertitude et dans mon cheminement à l'égard des thérapies complémentaires et alternatives. Une profonde gratitude envers mes deux enfants Guillaume et David pour leur ouverture d'esprit et leur confiance. Leur attitude lors de l'utilisation de thérapies traditionnelles m'a convaincue des bienfaits de ces dernières et m'a stimulée à poursuivre des recherches.

À mes amis (es) que j'ai négligés (es), je vous reviendrai.

Table des matières

Sommaire	ii
Remerciements	iii
Liste des tableaux	viii
Liste des figures	ix
Introduction.....	1
Premier chapitre : Problématique	3
Formulation du problème	4
But de la recherche	8
Justification de l'importance du projet	8
Question de recherche.....	8
Deuxième chapitre : Recension des écrits	9
Distinction entre les diverses expressions.....	10
Outils complémentaires de soins	11
Approches complémentaires et parallèles en santé	12
Thérapies qui nécessitent des manipulations physiques	13
Thérapies de l'énergie corporelle.....	17
Traitements par la relation de l'esprit et du corps.....	21
Autres thérapies	24
Clientèle âgée et thérapies complémentaires et alternatives	25
Acupression	26
Massage	27
Réflexologie.....	28
Tai chi.....	28
Yoga	30
Aromathérapie	31
Toucher thérapeutique.....	32
Art-thérapie.....	36
Musicothérapie.....	37
Thérapie par la danse	38
Visualisation, relaxation et méditation.....	39
Toutouthérapie et thérapie par la poupée	40
Zoothérapie	40
Approche holistique en soins infirmiers	43
Cadre de référence	46

Troisième chapitre : Méthodologie	50
Type d'étude.....	51
Milieux	51
Population et échantillon.....	52
Technique d'échantillonnage	52
Définitions opérationnelles des variables	53
Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)	53
Infirmière.....	53
Outils complémentaires de soins	54
Professionnels ciblés	54
Thérapies complémentaires et alternatives de soins	54
Déroulement des activités de recherche.....	55
Collecte des données.....	57
Plan d'analyse des données	59
Considérations éthiques	59
Quatrième chapitre : Résultats	63
Caractéristiques sociodémographiques des répondants	64
Utilisation globale des thérapies complémentaires et alternatives de soins.....	66
Description des diverses thérapies complémentaires et alternatives de soins.....	69
Massothérapie	70
Musicothérapie.....	73
Relaxation.....	75
Toucher thérapeutique.....	75
Zoothérapie	78
Thérapie par le mouvement	79
Visualisation	80
Art-thérapie.....	81
Thérapie par la danse	82
Aromathérapie, polarité et réflexologie	82
Couleur, méditation, toutouthérapie et yoga	84
Cinquième chapitre : Discussion.....	86
Constats.....	87
Critique de la démarche	95
Recommandations.....	96
Limites de l'étude	97
Retombées attendues.....	97
Diffusion des résultats.....	98
Conclusion	99
Références.....	102

Appendices.....	114
Appendice A : Lettre d’entente de collaboration	115
Appendice B : Signatures pour le Comité éthique de la recherche de l’UQAC ...	120
Appendice C : Formulaire d’information.....	122
Appendice D : Questionnaires de recherche	126
Appendice E : Texte publicitaire	132
Appendice F : Approbations éthiques.....	134
Appendice G : Lettre à l’Agence régionale de la santé	139
Appendice H : Lettre aux directions des soins infirmiers.....	141
Appendice I : Lettre aux coordonnateurs des centres d’hébergement	143
Appendice J : Lettre de remerciement pour la collaboration à la recherche	145
Appendice K : Information sur la boîte de questionnaires complétés	147
Appendice L : Lettre pour la récupération des boîtes de questionnaires	149
Appendice M : Lettre de suivi au Comité éthique de la recherche de l’UQAC.....	151

Liste des tableaux

Tableau

1	Variables sociodémographiques des répondants	65
2	Moyennes et écarts-types selon les années d'expérience des répondants.....	66
3	Fréquences d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.....	68
4	Description de l'utilisation de la massothérapie dans les CHSLD	72
5	Description de l'utilisation de la musicothérapie dans les CHSLD	74
6	Description de l'utilisation de la relaxation dans les CHSLD	76
7	Description de l'utilisation du toucher thérapeutique dans les CHSLD	77

Liste des figures

Figure

1	Nombre de thérapies utilisées par les répondants.....	69
---	---	----

INTRODUCTION

De nombreuses thérapies complémentaires et alternatives de soins sont reconnues pour leurs bienfaits auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Cependant, il n'existe à l'heure actuelle aucune donnée concernant l'utilisation de ces thérapies par les infirmières et autres professionnels travaillant auprès de cette clientèle.

Cet essai propose de documenter, par une étude descriptive de type enquête, l'utilisation actuelle des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Les phases conceptuelle, méthodologique et empirique sont présentées dans l'étude proposée. Le premier chapitre décrit le problème de recherche qui consiste en la formulation du problème, le but de la recherche, la justification de l'importance du projet et la question de recherche. Le deuxième chapitre présente la recension des écrits et le cadre de référence. Le troisième chapitre porte sur la méthodologie qui comprend le type d'étude, les milieux, la population et l'échantillon, la technique d'échantillonnage, les définitions opérationnelles des variables, le déroulement des activités de recherche, la collecte des données, le plan d'analyse des données et les considérations éthiques. La phase empirique complète cette recherche par la présentation des résultats dans le quatrième chapitre suivie de la discussion dans le cinquième chapitre.

Le texte a été écrit en utilisant le féminin pour l'emploi du mot infirmière, sans préjudice pour le sexe masculin et seulement pour alléger la présentation.

PREMIER CHAPITRE

PROBLÉMATIQUE

Le premier chapitre présente la problématique de cette recherche. Il comporte quatre divisions, soit la formulation du problème, le but de la recherche, la justification de l'importance du projet et la question de recherche.

Formulation du problème

De plus en plus d'écrits démontrent les bienfaits, chez les personnes âgées en perte d'autonomie ou atteintes de maladies chroniques, de certaines thérapies complémentaires et alternatives de soins telles que la musicothérapie (Kusano, 2004; Léveillé, 2006), le Tai chi (Sanglier & Sarazin, 2004; Young, Apple, Jee, & Miller, 1999), la thérapie assistée par l'animal ou la zoothérapie (Banks, 1998; Belin, 2000; Bernatchez, 1999, 2000, 2001; De Palma, 2004; Fine, 2000), la thérapie par la danse (Pelletier, 2002) de même que le toucher thérapeutique (Giasson, Leroux, Tardif, & Bouchard, 1999; Krieger, 1998, 2006; West, 2001).

En 1987, l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a adopté une position officielle selon laquelle le toucher thérapeutique, le massage, la relaxation, la visualisation et la rétroaction biologique (le *biofeedback*) sont des outils complémentaires de soins qui peuvent être utilisés de façon autonome par les infirmières, quel que soit leur milieu de travail et compte tenu de leur formation (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1987). L'Ordre a réitéré sa position six ans plus tard, dans un mémoire (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993) présenté à la Commission des affaires sociales

dans le cadre des audiences publiques sur les thérapies alternatives. En effet, l'OIIQ soulignait qu'il fallait rendre les pratiques complémentaires de soins accessibles dans les centres hospitaliers et dans les centres de soins de longue durée. De plus, en considérant les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) comme le prolongement du milieu de vie naturel, les services non disponibles doivent être rendus accessibles aux personnes qui en font la demande comme tout autre service, tels les services d'esthétique, de coiffure, etc. L'OIIQ ajoutait que la personne admise en centre d'hébergement qui désire recevoir un massage ou rencontrer son homéopathe à l'occasion doit pouvoir continuer de le faire à la condition d'en assumer les coûts. Les centres concernés doivent ainsi faciliter l'accès à ces services aux résidents qui le demandent.

Les thérapies complémentaires de soins sont les traitements prodigués ou recommandés par le personnel soignant qui complètent le traitement médical conventionnel (Couillard, 2002). D'une part, elles ne vont pas à l'encontre du diagnostic médical ni du traitement prescrit, mais les soutiennent. D'autre part, lorsqu'une thérapie traditionnelle constitue la première approche de traitement et ce, en remplacement des soins médicaux classiques, elle porte le nom de thérapie alternative. Selon Sylvain (2002), les pratiques complémentaires de soins telles que la relaxation, la visualisation, le massage ou la méditation représentent plus que de simples techniques, car c'est toute une façon de concevoir les soins qui sous-tend ces pratiques. Pour ceux qui sont atteints de maladies en phase terminale ou de maladies chroniques présentant peu ou pas d'espoir de guérison, les pratiques axées sur l'esprit, l'énergie et le spirituel ciblent des dimensions du bien-être qui peuvent leur rendre un certain sentiment de contrôle (Tataryn & Verhoef, 2001).

L'approche holistique dans les soins infirmiers est vue comme un processus dynamique qui tient compte de l'individualité, de la créativité et du respect pour les rythmes de la vie (Bright, Andrus, & Lunt, 2002). Pour une pratique de soins renouvelée, les activités de soins peuvent alors inclure le toucher thérapeutique de même que les différentes méthodes de retour vers soi et de gestion du stress telles que l'imagerie, la visualisation, le *biofeedback*, la méditation, le yoga et la thérapie musicale. Ces activités s'ajoutent aux thérapies conventionnelles mais elles ne les remplacent pas (Kérouac, Pepin, Ducharme, & Major, 2003). Dans le domaine des sciences infirmières, Martha Rogers a développé un modèle conceptuel qui préconise une approche et une vision holistiques de l'être humain (Rogers, 1970). Dans la pratique infirmière, l'approche holistique met l'accent sur des modalités non invasives (Rogers, 1994). Ce modèle a été retenu comme cadre de référence de ce projet de recherche.

La perspective holistique en matière de santé et de soins de santé constitue un facteur marquant et important dans l'utilisation croissante des approches complémentaires et alternatives de soins (Tataryn & Verhoef, 2001). Au Canada et dans les autres pays industrialisés, on remarque un intérêt grandissant pour les approches complémentaires en santé ainsi que pour leur utilisation (de Bruyn, 2001). De plus, les gouvernements du Canada et des États-Unis étudient le mouvement des approches complémentaires et alternatives en santé. La Division des systèmes de santé de Santé Canada a reçu le mandat d'en examiner l'impact sur le système de santé et de mesurer les incidences de cet impact sur le renouvellement du système de santé (Tataryn & Verhoef, 2001).

La tendance actuelle consiste en l'intégration des approches complémentaires aux soins de santé conventionnels, ce qu'on appelle la « médecine intégrée » selon l'Agence de santé publique du Canada (2004). Le modèle de médecine intégrée relève de la collaboration et du respect mutuel entre les professionnels de la santé et les autres praticiens formés par les écoles de médecines parallèles (Potter & Perry, 2005). Ainsi, selon le modèle de médecine intégrée ou intégrative, le client peut se voir offrir différentes options de soins de santé, dont les traitements biomédicaux occidentaux et une gamme de pratiques complémentaires de soins.

Malgré cet intérêt partagé envers les thérapies complémentaires et alternatives de soins, il existe à l'heure actuelle très peu de données sur l'utilisation par les infirmières de ces approches auprès de la clientèle des personnes âgées en perte d'autonomie tant au Québec que dans le reste du Canada et aux États-Unis. Par ailleurs, les démarches effectuées auprès de l'Agence de santé et des services sociaux de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean n'ont pas permis de repérer de données répertoriées concernant l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Dans le cadre de ce projet de recherche, il est donc proposé de recueillir des données sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. L'information ainsi obtenue sera par la suite diffusée dans l'ensemble des milieux de soins de longue durée de la région. Certains CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean de même que les

infirmières et autres professionnels qui y œuvrent ont peut-être développé une expertise sur des approches qui se révèlent efficaces auprès de diverses clientèles en perte d'autonomie. Le partage de cette information pourrait alors être pertinent pour d'autres milieux de soins de longue durée et éventuellement servir de point de départ pour des études d'évaluation de l'efficacité de ces thérapies.

But de la recherche

Le but de cette recherche est de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Justification de l'importance du projet

Ce projet permettra de produire des données probantes sur l'utilisation actuelle des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, car elles n'ont jamais été répertoriées.

Question de recherche

Quelle utilisation les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean font-ils des thérapies complémentaires et alternatives de soins?

DEUXIÈME CHAPITRE
RECENSION DES ÉCRITS

La première section de ce chapitre distingue les diverses expressions désignant les thérapies complémentaires et alternatives de soins. La deuxième section différencie les outils complémentaires de soins recommandés par l'OIIQ de l'ensemble des approches complémentaires et parallèles en santé telles que définies par Santé Canada (2005). Suivront une définition et une brève description de chacune d'entre elles. Par la suite, cette recension décrit des thérapies complémentaires et alternatives de soins qui ont été expérimentées auprès de la clientèle âgée. Ce chapitre se termine par l'explication de l'approche holistique en soins infirmiers et par la présentation du cadre de référence utilisé dans cette recherche.

Distinction entre les diverses expressions

Diverses expressions sont utilisées pour désigner les approches alternatives dans le domaine de la santé, soit : pratiques complémentaires de soins et thérapies alternatives (Couillard, 2002; OIIQ, 1993), médecines douces, médecines non conventionnelles, médecines parallèles ou alternatives et approches complémentaires ou holistiques (Kozier, Erb, Berman, & Snyder, 2005). Le terme « médecines alternatives et complémentaires » (MAC) est couramment utilisé dans la pratique médicale (Arsenault, 2006; National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2007). Pour sa part, Santé Canada (2005) retient l'expression « approches complémentaires et parallèles en santé » (ACPS) dans le contexte de ses politiques, quoique à l'échelle internationale le terme « médecines

complémentaires et parallèles » soit le plus usité. C'est le cas de l'Organisation mondiale de la santé (2002) qui privilégie celui de « médecine traditionnelle, complémentaire et parallèle ». Dans le cadre de cette recherche, l'expression « thérapies complémentaires et alternatives de soins » utilisée tant dans les milieux francophones (CHU de Rouen, 2007) qu'anglophones (Fontaine, 2005), a été retenue pour désigner l'ensemble des approches complémentaires et parallèles en santé telles que définies par Santé Canada (2005), car les outils complémentaires de soins recommandés par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec y sont intégrés.

Outils complémentaires de soins

Au Québec, c'est en novembre 1987 que l'OIIQ a fait connaître sa prise de position officielle au regard des approches complémentaires de soins dans le but de s'adapter aux exigences et aux nouvelles attentes de la population en matière de santé tout en reconnaissant l'importance de l'approche holistique de la santé (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1987). L'OIIQ a réitéré sa position en 1993 et a soumis ses orientations dans un mémoire présenté aux membres de la Commission des affaires sociales (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). En fonction de ce document, cinq outils complémentaires de soins peuvent être utilisés de façon autonome par les infirmières, quel que soit leur lieu de travail et compte tenu de leur formation, soit : le toucher thérapeutique, le massage, la relaxation et la visualisation ainsi que la rétroaction biologique (*biofeedback*). Dans le cadre de l'évolution des mentalités, ces thérapies devraient être considérées comme des pratiques complémentaires de soins que les

professionnels peuvent utiliser pour améliorer la santé et la qualité de vie de la population. Ces pratiques complémentaires de soins font partie de l'approche holistique de la santé. Pour les infirmières, l'approche holistique de la santé s'enracine au cœur même du cadre de connaissances en soins infirmiers.

Approches complémentaires et parallèles en santé

Dans le contexte de ses politiques, Santé Canada (2005) a retenu l'expression « approches complémentaires et parallèles en santé » (ACPS). Un élément puissant et tangible des approches complémentaires et parallèles en santé consiste à mettre l'accent sur le bien-être holistique et la qualité de vie (Tataryn & Verhoef, 2001). La définition souvent citée est celle qui a été acceptée par *l'Office of Alternative Medicine* des *Nations Institutes of Health* aux États-Unis (de Bruyn, 2001). Cette définition a servi de point de départ aux travaux en matière de politique de santé au Canada:

Les approches complémentaires et parallèles en santé (ACPS) constituent un vaste domaine de ressources de guérison qui englobe tous les systèmes, toutes les modalités et toutes les pratiques de santé de même que les théories et les croyances qui les accompagnent, autres que celles qui sont intrinsèques au système de santé politiquement dominant d'une société ou d'une culture particulière dans une période historique donnée. Les approches complémentaires et parallèles comprennent toutes les pratiques et les idées que définissent leurs utilisateurs comme prévenant ou traitant la maladie ou favorisant la santé et le bien-être. Les limites des approches complémentaires et parallèles, ainsi que les limites entre le domaine des approches complémentaires et parallèles et celui du système dominant ne sont pas toujours précises ni fixes. (p. 9)

L'Agence de santé publique du Canada (2004) a dressé une liste des approches complémentaires et parallèles en santé. Elles ont été regroupées en trois principales

catégories, soit les thérapies qui nécessitent des manipulations physiques, les thérapies de l'énergie corporelle et les traitements par la relation de l'esprit et du corps. Une quatrième catégorie intitulée « autres thérapies » permet d'inclure des approches qui n'ont pas été citées dans la liste proposée, par exemple la zoothérapie.

La catégorie des thérapies qui nécessitent des manipulations physiques par le toucher ou par des exercices sont : l'acupression, le massage, la médecine chiropratique, la réflexologie, l'ostéopathie, le Qi Gong, le Tai chi, la technique d'Alexander et le yoga. La deuxième catégorie, soit celle des thérapies de l'énergie corporelle, correspond à l'acupuncture, l'aromathérapie, l'homéopathie, la photothérapie ou luminothérapie, le reiki, la thérapie par la couleur, la thérapie par la polarité et le toucher thérapeutique. La troisième catégorie, qui est celle des traitements par la relation de l'esprit et du corps, met l'accent sur la relaxation et le relâchement physique tels que l'art-thérapie, la visualisation ou imagerie guidée, l'hypnose, la méditation, la relaxation, la rétroaction biologique (*biofeedback*), la thérapie par la danse ou le mouvement et la thérapie par la musique ou musicothérapie. Cette catégorisation a servi de base aux questionnaires de recherche utilisés dans le cadre de la présente étude. Une définition et une brève explication pour chacune des thérapies sont présentées par catégorie dans le texte qui suit.

Thérapies qui nécessitent des manipulations physiques

Acupression. Massage des méridiens à l'aide des pouces et de la pulpe des doigts. Tout comme le massage shiatsu, elle favorise la circulation du Qi par pression des points d'acupuncture (Bradford, 1997). Aussi appelé digitopuncture, cette approche permet

l'ouverture des canaux d'énergie congestionnés et soulage l'inconfort chez les personnes souffrantes (Potter & Perry, 2005).

Massage. Stimulation de la peau et des tissus sous-jacents par diverses intensités de pression afin d'atténuer la douleur, d'induire la relaxation ou d'améliorer la circulation sanguine (McCloskey & Bulechek, 1996). Il peut soulager la douleur en libérant des endorphines, détendre les muscles tendus par la libération d'acide lactique accumulé pendant l'exercice, soulager les articulations ankylosées et contribuer à la relaxation (Longpré, 2005). Par ses nombreux effets positifs sur la structure et la posture du corps, sur le fonctionnement de tout l'organisme, sur les plans sensoriel, psychomoteur, psychologique et émotionnel, le massage aurait pour effet d'accroître la résistance aux maladies (Fédération québécoise des massothérapeutes du Québec, 2007a). Il peut agir comme intervention préventive pour conserver un état de santé optimal (Potter & Perry, 2005). Fontaine (2005) souligne à l'intention des infirmières que la thérapie par le massage est un acte de soins physiques inhérent au *caring* et une voie de communication sans les mots.

Médecine chiropratique. La chiropratique a pour but le recouvrement et le maintien de la santé ainsi que le diagnostic, le traitement et la prévention de ses déficiences. Le docteur en chiropratique est un professionnel de la santé qui considère l'être humain dans sa globalité. Il concentre son attention sur l'intégrité des systèmes nerveux et

musculosquelettique en portant une attention particulière à la colonne vertébrale (Association des chiropraticiens du Québec, 2007).

Réflexologie. Médecine douce chinoise qui consiste en des manipulations légères, des massages subtils et doux de certains points précis sur les pieds, les mains, les oreilles ou le visage appelés points réflexes et correspondant à des organes, à des glandes ou à différentes parties du corps (Barry, 2006). En cas de trouble ou de maladie, les flux énergétiques sont perturbés. Le travail réflexologique permet de rétablir ces flux, d'améliorer la circulation sanguine et de soulager la douleur (Wright, 2000).

Ostéopathie. Palpation de différentes parties du corps pour déceler les tensions ou les déséquilibres pouvant causer des malaises ou des maladies. Les manipulations permettent de rétablir l'équilibre, de soulager les douleurs et les problèmes liés au système musculosquelettique, dont plusieurs formes de maux de dos (Dumoulin & de Cotret, 2004).

Qi Gong. Art de développer et d'utiliser l'énergie du Qi qui circule à l'intérieur du corps. Il est parfois appelé *Chi Kung* ou *Qigong* et doit être prononcé *tchi gong*. Cet entraînement énergétique vise à générer, à diriger et à utiliser l'énergie du Qi au moyen de la pensée par des mouvements et des postures relativement simples qui permettent de mieux se concentrer sur la sensation interne du Qi (Carnie, 1998).

Tai chi. Discipline corporelle d'origine chinoise comportant un ensemble de mouvements continus et circulaires exécutés avec lenteur et précision qui contribuent à améliorer la souplesse et à renforcer le système musculosquelettique. Sa pratique aide à maintenir une bonne santé physique, mentale et spirituelle (Asselin, Dodin, & Bujold, 2005).

Technique d'Alexander. Du nom de son fondateur, Frédérik Mathias Alexander, cette thérapie, aussi appelée posturologie, consiste en un processus de rééducation visant à apprendre à l'individu à adopter un maintien correct, à retrouver sa posture naturelle ainsi qu'une démarche souple, efficace et libre de toute contrainte (Bradford, 1997).

Yoga. Le mot « yoga » signifie unir, joindre, lier (Truchot, 1988). Il s'agit d'une gymnastique douce qui contribue à l'harmonie de l'individu par un apprentissage rigoureux de la maîtrise du rythme respiratoire, par des exercices physiques, des postures et une pratique de la méditation. De plus, le yoga renforce les poumons, accroît l'énergie ainsi que la vitalité et stimule la circulation (Bradford, 1997). Il existe différents types ou modèles de yoga qui correspondent à la nature et aux aptitudes de chaque être. La Fédération francophone de yoga (2007) en répertorie plus de 21 types. Toutes les approches du yoga utilisent les mêmes postures et techniques de respiration, car tous les modèles partagent une origine commune. Aucun modèle n'est meilleur que l'autre. Il s'agit d'une question de préférence personnelle quant au choix du type de yoga que la personne veut expérimenter.

Thérapies de l'énergie corporelle

Acupuncture. Moyen d'intervention thérapeutique issu de la médecine traditionnelle chinoise et qui est le plus utilisé et enseigné en Occident. À l'aide d'aiguilles insérées en des endroits bien précis à la suite d'un diagnostic énergétique, l'acupuncture permet à l'énergie vitale, le Qi qui est transporté par un réseau de canaux appelés méridiens, de mieux circuler partout dans le corps. Elle permet au corps et à l'esprit de retrouver leur fonctionnement normal. Elle peut être utilisée de manière préventive ou curative. En assurant un meilleur fonctionnement de tous les organes, l'acupuncture améliore le système vital en général (Association des acupuncteurs du Québec, 2004).

Aromathérapie. Étymologiquement, le mot « aromathérapie » signifie le traitement des maladies par les arômes que dégagent les essences ou les huiles essentielles provenant de plantes aromatiques. L'aromathérapie est l'art et la science d'utiliser des huiles essentielles pour maintenir ou améliorer la santé (Huard, 2005). Les huiles essentielles appliquées par le biais d'un massage pénétrant, diffusées dans l'atmosphère ou mélangées à l'eau du bain ont un effet tonique ou sédatif sur le corps et l'esprit (Bradford, 1997).

Homéopathie. Médecine globale qui entend soigner l'individu dans son ensemble à l'aide de médicaments spécifiques très dilués et dynamisés c'est-à-dire agités entre chaque dilution (Servais, 2000). Cette thérapie est basée sur trois principes, soit ceux de

la similitude, de l'individualité et de la globalité (Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 2007). Le principe de la similitude signifie que le semblable guérit le semblable. C'est ce principe qui a donné son nom à l'homéopathie, des mots grecs *homeo* et *pathos* signifiant respectivement similaire et maladie ou souffrance (Asselin & Blanchet, 2006b). Un remède est homéopathique quand il correspond aux symptômes qui caractérisent l'expression individuelle et globale de l'état de la personne malade (Syndicat professionnel des homéopathes du Québec, 2007). Le principe de l'individualité signifie qu'il n'y a pas de recettes homéopathiques valables dans tous les cas pour une même affection. Selon le principe de la globalité, c'est la personne toute entière que l'on doit traiter et non sa maladie locale. Boisvert (2006) utilise les termes « similitude », « infinitésimalité » et « totalité » pour expliquer les trois principes de l'homéopathie. Le principe de la similitude est le même que celui précédemment expliqué; toutefois, le principe de l'infinitésimalité montre que l'homéopathie utilise des substances d'origine animale, végétale, minérale et chimique qui sont diluées à des doses infinitésimales. Enfin, selon le principe de la totalité, l'individu est considéré dans sa totalité et la maladie dénote la manifestation d'un dérèglement.

Luminothérapie. Cette thérapie consiste à s'exposer quotidiennement à une source de lumière artificielle de couleur blanche à large spectre, imitant celle du soleil. La lumière joue un rôle fondamental dans la régulation des rythmes circadiens, c'est-à-dire ceux qui s'échelonnent sur une période d'environ 24 heures. La sérotonine, souvent appelée l'hormone du bonheur, régularise l'humeur et gouverne la production de la

mélatonine, responsable des cycles éveil-sommeil. La luminothérapie est utilisée pour traiter principalement les troubles associés au dérèglement de l'horloge biologique interne, telle la dépression saisonnière (Asselin & Blanchet, 2007).

Reiki. Technique qui consiste à imposer les mains au-dessus du corps ou à distance dans le but d'équilibrer les centres d'énergie ou chakras. Cette technique présente des similarités avec le toucher thérapeutique, mais elle se distingue par le rôle du praticien qui devient un canal distribuant l'énergie universelle (Couillard, 2002).

Thérapie par la couleur. La thérapie par la couleur ou chromothérapie désigne un ensemble de techniques thérapeutiques utilisant les propriétés des lumières colorées afin de provoquer des réactions d'ajustement physiologique favorables au maintien et au rétablissement de la santé (Color-Institute, 2002).

Thérapie par la polarité. Approche douce et holistique de la santé qui a pour but de permettre à l'énergie vitale de circuler librement dans le corps. Elle contribue à prévenir la maladie, à accélérer le processus d'autoguérison et à soulager la douleur en supprimant les blocages d'énergie (Guay, 1999). Le thérapeute en polarité ne transmet pas son énergie à la personne. Son rôle est de permettre à l'énergie vitale de mieux circuler d'un pôle à l'autre du corps en plaçant ses mains selon les polarités positives et négatives de l'organisme et ce, en fonction des circuits énergétiques sur lesquels il veut travailler (Lalancette, 2004).

Toucher thérapeutique. Technique qui permet de diriger consciemment ou de moduler de manière sensible des énergies humaines (Krieger, 1998). Cette technique consiste en un échange d'énergie à l'aide des mains à travers lequel le praticien agit de façon consciente et avec la ferme intention d'accompagner la personne dans son processus naturel de guérison (West, 2001). L'approche du toucher thérapeutique repose sur une conception et une philosophie holistes de l'homme, dont la dimension spirituelle sous-jacente fait partie intégrante de soi (Lévesque-Barbès, 1984). West (2001) précise que le toucher thérapeutique est l'acte de *nursing* qui a été le plus étudié à ce jour.

Le toucher thérapeutique a été développé au début des années 1970 par Dolores Krieger, Ph.D., infirmière et professeure à l'Université de New York et par Dora Kunz, une guérisseuse qui avait la faculté de percevoir les énergies subtiles (West, 2001). La pratique du toucher thérapeutique se base sur quatre postulats (Krieger, 2006). Le premier postulat reconnaît que l'être humain est un système énergétique ouvert permettant ainsi un transfert d'énergie effectué de manière intentionnelle par un thérapeute. Selon le deuxième postulat, l'être humain est bilatéralement symétrique au plan anatomique, ce qui permet au praticien d'évaluer l'état énergétique du patient. Le troisième postulat explique la maladie comme étant un déséquilibre du champ énergétique. Enfin, le dernier postulat souligne que les êtres humains ont la faculté de transformer et de transcender leurs conditions de vie et que cette faculté est une condition indispensable à la guérison. Cette théorie expliquant le toucher thérapeutique repose en grande partie sur le modèle conceptuel développé par Martha Rogers qui fut l'une des professeures de Dolores Krieger au niveau du doctorat (West, 2001). C'est d'ailleurs ce qui explique la parenté entre les postulats de Rogers selon son

modèle de *Science of Unitary Human Beings* (Science des êtres humains unitaires) et ceux concernant la vision unifiée de l'Univers, selon une approche holiste et systémique du toucher thérapeutique du Dr Krieger.

Traitements par la relation de l'esprit et du corps

Art-thérapie. Discipline des sciences humaines qui étend le champ de la psychothérapie en y englobant l'expression et la réflexion tant picturale que verbale (Association des art-thérapeutes du Québec, 2007). À travers l'art-thérapie, la personne aborde le même type de problèmes que dans une thérapie verbale conventionnelle mais elle s'engage dans le processus thérapeutique en créant une œuvre avec le matériel d'arts plastiques tout en discutant avec le ou la thérapeute (Couillard, 2002). Aussi appelée « thérapie par l'art », elle permet l'expression des sentiments par l'utilisation des crayons, des tissus ou autres médiums dans un environnement qui favorise la créativité, le partage des idées, l'émergence des émotions profondément refoulées et l'expression de ces émotions.

Visualisation. La visualisation ou imagerie consiste en la création mentale de concepts, d'images ou d'idées dont l'application thérapeutique vise la réduction de l'anxiété. Elle permet de modifier des attitudes, des comportements ou certaines réactions physiologiques. La visualisation créatrice se fonde sur le principe de la connectivité corps-esprit (Couillard, 2002). Le concept de corps-esprit permet de comprendre que les symptômes physiques sont un reflet-miroir de problèmes émotionnels (Epstein, 1991).

Hypnose. Selon le docteur Jean-Roch Laurence, responsable du laboratoire d'hypnose expérimental de l'Université Concordia, l'hypnose se définit comme étant un contexte dans lequel une personne laisse temporairement de côté son sens critique pour pouvoir expérimenter des altérations de sa perception (Élie, 2001). La thérapie par la transe hypnotique consiste à mettre la personne en contact avec son imagination de façon plus libre et plus complète (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006). L'hypnothérapie est particulièrement efficace pour contrer les accoutumances aux substances nocives, les phobies ainsi que les effets de traumatismes et du stress (Bradford, 1997).

Méditation. Pratique permettant de pacifier progressivement le mental en se concentrant sur la respiration, soit en utilisant des mantras qui sont des sons à résonance énergétique ou encore à l'aide de mandalas qui consistent en des formes géométriques circulaires (Fontaine, 2005). Ces pratiques produisent des ondes alpha de haute intensité, plus profondes que celles produites pendant le sommeil, et qui peuvent provoquer des états altérés de conscience. La relaxation profonde ainsi générée soulage les états liés au stress (Couillard, 2002).

Relaxation. État de baisse d'excitation cognitive, physiologique et comportementale généralisée (Couillard, 2002). Différentes techniques sont utilisées, dont celle qui consiste en l'apprentissage du relâchement musculaire et de la concentration sur les sensations, aussi appelée training autogène de Schultz, de même qu'en l'alternance de contractions musculaires et de relâchements appelée relaxation progressive de Jacobson; ces deux

méthodes de référence sont les plus employées (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006).

Rétroaction biologique (biofeedback). Groupe de procédés thérapeutiques qui requièrent une instrumentation électronique ou électromécanique pour mesurer, traiter et représenter une information sur l'activité neuromusculaire ou l'activité autonome (normale ou anormale) des individus au moyen de signaux sonores ou optiques (Rémond, 1994). La rétroaction biologique n'est pas une thérapie à proprement parler, mais une technique d'intervention spécialisée (Calvé, de Cotret, Barré, & Marc, 2006). Cette méthode vise à atteindre la maîtrise de fonctions physiologiques involontaires telles que l'activité musculaire, le rythme cardiaque ou la tension artérielle par l'utilisation de capteurs ou de dispositifs électroniques permettant de les percevoir (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006).

Thérapie par la danse ou le mouvement. La danse permet d'annihiler certaines pensées et favorise l'expression des émotions refoulées. Les troubles émotionnels importants émergent souvent et les clients sont encouragés à les explorer à travers la danse (Couillard, 2002). Du point de vue physique, la danse-thérapie améliore la circulation, la coordination et le tonus musculaire. Du point de vue mental et émotif, elle renforce l'affirmation de soi et permet de ressentir des émotions parfois difficiles à exprimer verbalement telles que la colère, la frustration ou un sentiment d'isolement (Asselin & Blanchet, 2006a).

Thérapie par la musique, ou musicothérapie. La musicothérapie est une forme de psychothérapie ou de rééducation pratiquée en groupe ou individuellement, qui utilise le son et la musique comme moyens d'expression, de communication, de structuration et d'analyse de la relation (Association française de musicothérapie, 2007). Le thérapeute se sert de la musique pour aider le client à améliorer sa santé et à la conserver (Campbell, 1998).

Autres thérapies

Toutouthérapie. Cette thérapie consiste à utiliser les animaux en peluche pour favoriser l'expression de sentiments et reconforter les personnes atteintes de déficits cognitifs. Elle est similaire à la thérapie par la poupée, dont les activités à l'aide de poupées encouragent les personnes atteintes de démence à partager des histoires sur les êtres qu'elles aiment en manipulant, en berçant et en baignant des poupées. Un environnement calme et sécurisant permet l'expression de sentiments de tendresse (Concepts du sablier, 2007).

Zoothérapie. Cette approche couvre l'ensemble des effets bénéfiques que l'être humain peut retirer du contact avec les animaux selon différentes méthodes de travail de nature préventive ou thérapeutique (Institut de zoothérapie du Québec, 2007). Le contact avec l'animal est une source d'affection inconditionnelle, sans égard au comportement ou à l'apparence physique des personnes (Martin & Brousseau, 1998). De plus, flatter un animal peut non seulement reconforter et aider à calmer une peine, mais aussi favoriser le jeu et les

rières, ce qui est susceptible d'améliorer la réalité quotidienne des personnes éprouvant des dysfonctions cognitives, psychologiques ou physiques.

Différentes espèces animales peuvent être utilisées en zoothérapie telles que : chien, chat, lapin, oiseau, chinchilla, furet, dégu, chèvre, âne et cheval (Institut de zoothérapie du Québec, 2005). On ajoute que cette diversité dans le choix des animaux « thérapeutes » est importante, car il faut prendre en considération des facteurs tels les allergies, les craintes des participants ainsi que les buts de chaque intervention. En CHSLD, les espèces d'animaux qui sont privilégiées sont le chien, le chat, l'oiseau ou le poisson (Bernatchez & Brousseau, 2006). Toutefois, le chien serait l'animal qui offre le potentiel d'intervention le plus significatif parce qu'il offre aux résidents un éventail d'expériences tactiles, visuelles et sonores.

Voilà qui complète les définitions et la description des différentes approches complémentaires et parallèles en santé répertoriées par l'Agence de santé publique du Canada (2004).

Clientèle âgée et thérapies complémentaires et alternatives

Cette section présente une synthèse des écrits et des recherches portant sur les thérapies complémentaires et alternatives de soins expérimentées auprès de la clientèle âgée vivant en établissement qui présentent des maladies chroniques ou divers problèmes de santé liés à l'âge avancé. Quelques-unes des études répertoriées ne visent pas spécifiquement cette clientèle, mais elles ont été effectuées auprès d'un groupe important de participants âgés. Les résultats de ces recherches peuvent alors s'appliquer aux résidents

dans les CHSLD. Plusieurs résultats de recherche démontrent l'efficacité de diverses thérapies complémentaires et alternatives chez les personnes âgées. Toutefois, des auteurs ayant procédé à une revue systématique des écrits soulignent le manque de rigueur méthodologique de certaines recherches.

Dans la catégorie des thérapies par manipulations physiques, touchers ou exercices, les recherches qui ont été répertoriées concernent l'acupression, le massage, la réflexologie, le Tai chi et le yoga.

Acupression

Une étude ayant pour but de vérifier les effets de l'acupression sur la qualité du sommeil chez les personnes âgées vivant en établissement s'est déroulée auprès de 102 résidents dont l'âge moyen était de 79 ans (Chen, Lin, Wu, & Lin, 1999). Les séances d'acupression réalisées par un praticien étaient d'une durée de 15 minutes par jour, 5 jours par semaine pendant 3 semaines. Les résidents ont été répartis aléatoirement en trois groupes. Dans le premier groupe, l'acupression s'appliquait sur des points précis le long des trajets des méridiens; dans le deuxième groupe, l'acupression portait sur de faux points; enfin, le troisième groupe avait un contrôle sans acupression. À la suite de l'évaluation de la fréquence et de la durée des réveils nocturnes recueillies au cours de la deuxième à la quatrième semaine de l'étude, les résultats ont démontré que l'acupression a des effets bénéfiques sur la qualité du sommeil, la période de latence d'endormissement et la durée du sommeil auprès des résidents.

Massage

Le massage permet aux personnes âgées de rester mobiles et de se mouvoir sans douleur, car il soulage les douleurs musculaires et assouplit les articulations (Maxwell-Hudson, 2000). De plus, le massage est un excellent traitement d'accompagnement pour les personnes âgées. Cette auteure consacre un chapitre de son ouvrage aux particularités de la thérapie par le massage chez les personnes âgées. Elle mentionne que le massage compense le besoin de médicaments antidouleur, car il libère dans l'organisme des endorphines, hormones qui diminuent la perception de la douleur. En complément avec l'aromathérapie, le massage diminuerait le besoin de sédation.

Une étude sur le toucher-massage a été réalisée de 2001 à 2002 dans trois établissements médico-sociaux pour personnes âgées du canton de Vaud (Suisse), en partenariat avec l'École de soins infirmiers de Chantepierre (Dumoulin, 2002; Rapin et al., 2003). Le but de cette recherche était d'évaluer les effets du toucher-massage lors des interventions quotidiennes de soins pour en favoriser la promotion. Treize soignants ayant suivi une formation en toucher-massage ont prodigué cinq séances d'une durée de 10 minutes sur une période de 3 mois auprès de la clientèle âgée vivant en établissement. Une analyse quantitative a été effectuée à partir des données recueillies à l'aide d'une grille d'évaluation selon sept aspects caractéristiques du bien-être. Cette grille était remplie à la suite de l'observation de la personne avant, pendant et après le toucher-massage. De plus, les commentaires des résidents recueillis après le massage ont fait l'objet d'une analyse qualitative. Les résultats de cette recherche démontrent que le toucher-massage a eu des effets bénéfiques sur le bien-être des résidents âgés dans la majorité des 53 séances. Les

effets du toucher-massage sont particulièrement observables sur les traits du visage, le tonus musculaire et les mouvements. Toutefois, dans neuf cas, il y a eu une augmentation des plaintes pendant la période du toucher-massage. Les causes possibles de ces plaintes peuvent être liées à l'augmentation de la perception sensorielle durant le massage, à la disponibilité du soignant ou à l'effet d'un refus déguisé du massage par le résident.

Réflexologie

Chez certaines personnes âgées, la réflexologie détend et soulage la douleur (Pitre, 1995). Une recherche descriptive rapporte des effets positifs de la réflexologie sur les comportements dysfonctionnels d'errance, de fugue, de cris ou de mouvements répétitifs, de même que sur la qualité de la détente et du sommeil de personnes atteintes de démence de type Alzheimer (Malaquin-Pavan, 1997). L'étude s'est déroulée dans un service de long séjour gériatrique sur une période de 6 mois à raison de deux séances de réflexologie par semaine, d'une durée de 30 minutes chacune. Quatre résidents répondant aux critères de sélection ont participé à cette recherche. Selon les conclusions des auteurs, les résultats obtenus sont prometteurs; toutefois, des recherches incluant un plus grand nombre de sujets permettront de les confirmer ou de les infirmer.

Tai chi

Le Tai chi chuan, issu de la médecine traditionnelle chinoise, a été expérimenté avec succès à l'hôpital Bretonneau à Paris auprès de patients atteints d'Alzheimer et de maladies apparentées (Sanglier & Sarazin, 2004). De même, une étude portant sur le Tai

chi a été menée à Portland en Oregon auprès d'un échantillon de 256 personnes âgées de 70 à 92 ans (Li et al., 2005). Ce groupe de personnes âgées, physiquement inactives, a été soumis à un programme de Tai chi étalé sur une période de 6 mois. Les résultats démontrent des améliorations significatives du groupe expérimental par rapport au groupe témoin lors des mesures de l'équilibre fonctionnel et de la performance physique, ainsi qu'une diminution de la crainte de chutes.

Une autre recherche a permis de comparer les effets d'un programme d'exercices aérobiques d'intensité modérée et d'un programme d'activité légère telle que le Tai chi sur la pression artérielle de 62 participants sédentaires âgés de 60 ans ou plus ayant une pression systolique se situant entre 130 et 159 mm Hg et une pression diastolique de plus de 95 mm Hg (Young, Apple, Jee, & Miller, 1999). Les évaluations de la tension artérielle effectuées aux 2 semaines sur une période de 12 semaines ont permis de conclure que les exercices aérobiques d'intensité modérée et le Tai chi ont des effets bénéfiques similaires sur la tension des personnes âgées sédentaires.

Un groupe de participants composé de 118 femmes et hommes âgés de 60 à 92 ans et présentant des troubles du sommeil modérés a participé à une recherche avec contrôle aléatoire pour évaluer les effets d'un programme de Tai chi sur la qualité de leur sommeil. Durant 6 mois, ils ont participé à des sessions de Tai chi d'une durée de 60 minutes à raison de trois fois par semaine. Les résultats de cette étude montrent que le Tai chi constitue une approche non pharmacologique favorable à la qualité du sommeil (Li et al., 2004).

Pour leur part, Verhagen, Immink, van der Meulen et Bierma-Zeinstra (2004) ont évalué les résultats de 30 recherches qui démontraient l'efficacité du Tai chi chez les

personnes âgées. Malgré les résultats significatifs de certaines recherches, les auteurs de cette revue systématique des écrits recommandent des études à contrôle aléatoire pour évaluer l'efficacité du Tai chi chuan sur la réduction des chutes.

De même, Wang, Collet et Lau (2004) ont analysé 47 études portant sur les effets du Tai chi chez les patients atteints de maladies chroniques. Ces auteurs concluent que le Tai chi pourrait avoir des effets bénéfiques sur l'équilibre, la souplesse ainsi que sur le système cardiovasculaire des personnes âgées souffrant de maladies chroniques, mais que de nombreuses études comportent des biais et des limites qui ne permettent pas de conclure sur les avantages qui y sont rapportés.

Yoga

Le yoga aurait des effets bénéfiques sur les habiletés physiques, l'équilibre et la flexibilité des personnes âgées (Oken et al., 2006). C'est ce qui ressort d'une importante étude menée auprès de 135 personnes âgées de 65 à 85 ans. Les participants ont été répartis aléatoirement en trois groupes : le premier pratiquait le yoga, le deuxième effectuait des exercices sous supervision et le troisième constituait le groupe témoin. Une amélioration de la qualité de vie, soit la diminution de la douleur et de la fatigue, aurait été obtenue à l'aide de cours hebdomadaires de yoga de 90 minutes sur une durée de 6 mois.

Cette étude complète la section des thérapies nécessitant des manipulations physiques, des touchers ou des exercices. La partie suivante présente des recherches portant sur l'aromathérapie et le toucher thérapeutique, lesquels font partie de la catégorie des thérapies de l'énergie corporelle.

Aromathérapie

L'aromathérapie à l'huile essentielle de mélisse a été expérimentée auprès de 72 résidents âgés atteints de problèmes cognitifs majeurs et qui présentaient des symptômes comportementaux et psychologiques de démence, dont l'agitation (Ballard, O'Brien, Reichelt, & Perry, 2002). L'étude s'est déroulée sur une période de 4 semaines pendant laquelle la moitié des résidents choisis aléatoirement bénéficiait soit de l'aromathérapie à l'huile essentielle de mélisse pour le groupe expérimental, soit de l'huile de tournesol pour le groupe témoin. Le traitement consistait à appliquer l'huile sur les bras et le visage des sujets deux fois par jour. Les résultats ont montré une diminution cliniquement significative de l'agitation au cours de la période de traitement pour le groupe profitant de l'aromathérapie.

L'aromathérapie en association avec la massothérapie a aussi fait l'objet d'une recherche (Wilkinson, Aldridge, Salmon, Cain, & Wilson, 1999). Cette étude a été effectuée auprès de 103 patients atteints de cancer en fin de vie. Ils ont été répartis aléatoirement en deux groupes, dont l'un à qui on offrait un massage comprenant une huile de massage à laquelle on avait ajouté de l'huile essentielle de camomille romaine alors que le second groupe recevait un massage uniquement à l'huile de massage. Un questionnaire semi-structuré explorait les perceptions des patients après 2 semaines de massage. Les conclusions des chercheurs montrent que le massage avec ou sans huile essentielle semble réduire le niveau d'anxiété. Toutefois, l'ajout d'une huile essentielle augmente l'effet du massage et diminue les symptômes physiques et psychologiques des patients.

L'aromathérapie à l'huile essentielle de lavande a aussi été expérimentée comme traitement contre l'agitation dans les cas de démence sévère, mais les résultats de cette étude montrent une efficacité modérée de la lavande pour cette clientèle (Holmes et al., 2002).

À la suite d'une revue systématique de 11 études visant à vérifier les effets de l'aromathérapie sur les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence, Nguven et Paton (2007) ont conclu que plusieurs études ont été effectuées sur un trop petit nombre de patients et que les données soutenant l'efficacité de l'aromathérapie sont rares. Toutefois, ils soulignent que l'aromathérapie peut être un traitement potentiellement utile pour les patients présentant des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence.

Toucher thérapeutique

Selon Krieger (2006), les principaux effets observés du toucher thérapeutique consistent en l'induction d'un état de relaxation à la suite du ralentissement du métabolisme. La réponse de relaxation stimule la production d'endorphines, ce qui a pour effet d'améliorer ou d'éradiquer la douleur. Le soulagement de la douleur ou la modification de la perception de cette dernière améliore le bien-être des personnes en phase terminale. De plus, les recherches ont démontré une accélération du processus naturel de guérison par le renforcement du système immunitaire, une accélération du taux de cicatrisation des plaies et des fractures ainsi qu'une hausse du taux d'hémoglobine.

Toutefois, concernant le processus de cicatrisation des plaies, O'Mathuna et Ashford (2003) ont effectué une revue systématique des écrits portant sur le toucher thérapeutique relié à la cicatrisation des plaies. Pour être considérées, les recherches randomisées ou quasi-randomisées devaient comparer l'effet du toucher thérapeutique avec un placebo, avec un autre traitement ou sans traitement de contrôle. Au total, quatre études ont été retenues. Deux études de l'effet du toucher thérapeutique sur le processus de cicatrisation se sont révélées significatives mais les résultats des deux autres ont favorisé le groupe témoin. Les auteurs de cette revue systématique ont conclu qu'il y a une insuffisance de preuves quant aux bienfaits du toucher thérapeutique pour la guérison des blessures aiguës.

Une étude expérimentale menée par Giasson, Leroux, Tardif et Bouchard (1999) effectuée dans un centre hospitalier psychiatrique de Montréal a démontré l'efficacité du toucher thérapeutique dans les stades avancés de démence de type Alzheimer. L'échantillon comptait 27 sujets qui ont été distribués dans deux groupes de façon aléatoire : le premier recevait un toucher thérapeutique par une infirmière et le second avait droit à une séance appelée « présence d'une infirmière » sans toucher thérapeutique. Ces présences consistaient uniquement à être physiquement près du sujet et à tenter de maintenir son attention en lui parlant et en le touchant de manière brève. Le niveau d'inconfort, exprimé par des comportements et des expressions corporelles tels que cris, agitation, gestes tendus, irritabilité et agressivité chez les personnes atteintes d'Alzheimer, a diminué dans le groupe expérimental ayant reçu une série de touchers thérapeutiques d'une durée de 12,4 minutes par jour sur une période de 5 jours, comparativement au groupe témoin ayant reçu cinq présences d'une infirmière sans toucher thérapeutique d'une durée de 10,3 minutes par jour

durant 5 jours. Le niveau d'inconfort a été mesuré à l'aide de l'*Échelle d'inconfort pour personnes atteintes de démence de type Alzheimer*. Les résultats positifs de l'étude permettent aux auteurs de conclure que le toucher thérapeutique est une intervention à laquelle les infirmières peuvent recourir pour améliorer le bien-être des personnes atteintes de démence de type Alzheimer à un stade avancé.

Woods, Craven et Whitney (2005) ont effectué une recherche dans un établissement de soins de longue durée auprès de résidents souffrant de démence de type Alzheimer. Cette étude avait pour but d'examiner les effets du toucher thérapeutique sur la fréquence et l'intensité des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence tels que l'agitation, les vocalisations, la fugue ou l'errance (fouiller), l'agressivité physique (frapper) et la marche compulsive. Les vocalisations consistent en des cris, des grognements ou des gémissements (Kovach, Weissman, Griffie, Matson, & Muchka, 1999). L'étude aléatoire, en double aveugle, s'est déroulée auprès de 57 résidents âgés de 67 à 93 ans présentant des symptômes comportementaux de démence, répartis en trois groupes expérimentaux : le premier groupe bénéficiait de touchers thérapeutiques, le deuxième recevait de faux touchers thérapeutiques et le troisième servait de groupe contrôle. Une pré-intervention d'une durée de 3 jours a été effectuée par des observateurs formés dans le but d'observer et de noter les comportements des résidents. À la suite de l'intervention qui consistait à donner aux participants du groupe expérimental des touchers thérapeutiques d'une durée de cinq à sept minutes à raison de deux fois par jour pendant 3 jours, les observateurs ont réévalué les comportements du groupe. Ces derniers ne connaissaient pas le groupe expérimental auquel le résident appartenait. Selon les

conclusions de cette recherche, le toucher thérapeutique serait une approche non pharmacologique et une modalité cliniquement appropriée qui pourrait être utilisé pour diminuer les symptômes psychologiques et comportementaux de démence tels que l'agitation et la vocalisation, qui sont deux comportements répandus chez cette clientèle.

Woods et Dimond (2002) ont mesuré les effets du toucher thérapeutique sur l'agitation et le taux de cortisol des personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Au départ, seulement dix sujets âgés de 71 à 84 ans résidant dans une unité de soins spéciale ont été observés toutes les 20 minutes, 10 heures par jour durant 4 jours. Des échantillons de salive et d'urine ont été prélevés quotidiennement pour mesurer le taux de cortisol. De plus, le niveau d'activité physique des résidents était contrôlé. Par la suite, les participants bénéficiaient d'un toucher thérapeutique d'une durée de cinq à sept minutes, deux fois par jour pendant 3 jours. Un suivi d'observation post-traitement s'est échelonné sur une période de 11 jours. Les mesures prélevées au cours de l'expérimentation montrent une légère diminution du cortisol, mais il semble que les comportements d'agitation ont diminué de manière significative. En conclusion, les chercheurs suggèrent d'appliquer le toucher thérapeutique comme moyen d'intervention environnemental et comportemental auprès de la clientèle atteinte de démence de type Alzheimer.

De même, une étude réalisée en double aveugle auprès de 105 personnes âgées vivant en établissement a montré l'efficacité du toucher thérapeutique sur le niveau d'anxiété chez cette clientèle. La mesure d'évaluation des participants répartis en trois groupes de contrôle a été effectuée à l'aide de l'inventaire de l'état d'anxiété de Spielberger. Le niveau d'anxiété des personnes ayant reçu un toucher thérapeutique s'est

révélé plus bas que celui du groupe témoin qui recevait un faux traitement. Les auteurs suggèrent cette intervention pour augmenter la qualité de vie de cette population (Simington & Laing, 1993).

Dans son ouvrage, West (2001) décrit les nombreuses recherches et les multiples études expérimentales qui ont permis de prouver l'efficacité du toucher thérapeutique. Toutefois, Winstead-Fry et Kijek (1999) ont effectué une revue systématique des recherches et des études portant sur le toucher thérapeutique qui ont été réalisées de 1975 à 1997 dans le but de les analyser à l'aide de critères précis. Quoique la plupart des études aient soutenu les hypothèses quant à l'efficacité du toucher thérapeutique, il semble que certaines recherches ont rapporté des résultats négatifs. Les auteurs de cette revue systématique concluent que les recherches futures destinées à étudier le toucher thérapeutique devraient être effectuées par des praticiens expérimentés qui ne sont pas impliqués dans l'évaluation des résultats et qu'une attention particulière devrait être portée à l'analyse des résultats.

Cette étude termine la section des thérapies de l'énergie corporelle. La prochaine partie concerne les recherches effectuées dans la catégorie des traitements par la relation de l'esprit et du corps, soit l'art-thérapie, la musicothérapie, la thérapie par la danse, la visualisation, la relaxation et la méditation.

Art-thérapie

Selon Hannemann (2006), des thérapies non verbales telles que la peinture et la musique peuvent influencer favorablement le bien-être de résidents en maison de repos. Les

activités créatrices pourraient stimuler positivement les patients atteints de démence. C'est le constat que l'auteur a effectué à la suite d'une revue des écrits sur les différentes formes d'arts thérapeutiques préconisées pour les patients atteints de démence.

L'art-thérapeute et psycho-éducatrice Sylvie Gagnon (Psychothérapie par l'art, 2006) souligne que l'art-thérapie permet de vivre et d'exprimer des émotions, des conflits ou d'évoquer des souvenirs à partir de divers procédés artistiques (dessin, collage, peinture, sculpture, etc.). Dans le cadre d'une relation thérapeutique, cette thérapie peut soutenir les personnes âgées dans leur démarche personnelle.

Musicothérapie

La musicothérapeute Tow (2006) affirme que les effets positifs de la musicothérapie sur les personnes atteintes de démence de type Alzheimer sont nombreux. En plus de contribuer à la réminiscence, qui consiste en un retour de souvenirs passés, la musicothérapie réduit l'anxiété et le stress. Elle favorise également le soulagement de la douleur et offre des occasions d'interactions sociales chez cette clientèle.

L'effet calmant d'un programme de musicothérapie a amélioré le comportement et la qualité du sommeil des personnes atteintes de démence de type Alzheimer (Kumar et al., 1999). Cette étude, étalée sur une durée d'un mois, s'est déroulée au Centre médical de l'administration des vétérans de Miami auprès de 20 patients atteints de démence de type Alzheimer. Le but de l'étude était de vérifier l'effet calmant d'un programme structuré de musicothérapie. Les patients participèrent à des séances de 40 minutes de thérapie musicale à raison de 5 jours par semaine durant 4 semaines. Les chercheurs ont mesuré les taux de

cinq médiateurs chimiques, soit la sérotonine, la mélatonine, la norépinéphrine, l'épinéphrine et la prolactine, avant la thérapie, à la fin des 4 semaines de musicothérapie et à la sixième semaine après la cessation de la recherche. Les taux de mélatonine, d'épinéphrine et de norépinéphrine ont augmenté mais sont revenus à leur niveau initial 6 semaines après la fin de l'étude, tandis que les taux de sérotonine et de prolactine sont demeurés inchangés durant l'étude. L'augmentation significative du taux de mélatonine a permis aux patients de mieux dormir, d'être plus détendus et plus calmes.

Une revue systématique des écrits ayant pour but d'évaluer si la musicothérapie peut diminuer les problèmes comportementaux et cognitifs ou améliorer le fonctionnement social et émotionnel chez les personnes âgées atteintes de démence démontre qu'il n'y a pas de preuves substantielles permettant de promouvoir ou non le recours à la musicothérapie auprès de cette clientèle (Vink, Birks, Bruinsma, & Scholten, 2003). Cinq recherches ont été retenues, mais les conclusions des auteurs montrent que la qualité méthodologique est faible et que les résultats de ces études ne permettent pas de fournir des conclusions significatives.

Toutefois, dans une étude menée auprès de huit résidents âgés atteints de démence de type Alzheimer, Kusano (2004) a démontré que la musique réduisait significativement les comportements agressifs chez cette clientèle.

Thérapie par la danse

La thérapie par la danse (Pelletier, 2002) serait bénéfique pour les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. Quoique l'étude n'ait porté que sur quatre

personnes atteintes de ce type de démence, il semble que la thérapie par la danse soit une intervention novatrice qui permet l'amélioration de réponses positives des personnes atteintes d'Alzheimer à un stade avancé.

Une maison de repos pour personnes atteintes de démence offrant la danse sociale comme activité mensuelle régulière depuis 10 ans a fait l'objet d'une étude au cours de l'année 1995 (Palo-Bengtsson & Ekman, 1997). L'analyse de cinq bandes vidéo de 45 minutes chacune a démontré que la danse sociale permet à cette clientèle d'établir des contacts sociaux, car elle stimule la réminiscence d'habitudes sociales et de règles générales.

Visualisation, relaxation et méditation

Selon plusieurs auteurs, les personnes âgées aux prises avec une douleur chronique peuvent être aidées par la relaxation, la visualisation et la méditation (Ebersole, Hess, Touhy, & Jett, 2005; Lauzon & Adam, 1996; Wold, 2004). De nombreuses recherches montrent que la relaxation, seule ou combinée avec la respiration profonde, la visualisation, le yoga et la musique, a des effets positifs sur la douleur, la céphalée et les lombalgies (Couillard, 2002). De plus, la relaxation permet aux individus de mieux maîtriser leur vie et de visualiser leur situation de façon moins négative.

Selon une revue des écrits portant sur l'impact de la méditation sur les maladies chroniques, la pratique de la méditation peut influencer positivement sur l'expérience de la maladie chronique (Bonadonna, 2003). De plus, il semble que la qualité et la quantité des recherches valables augmentent.

Cette recherche termine la catégorie des traitements par la relation de l'esprit et du corps. La toutouthérapie et la thérapie par la poupée ainsi que la zoothérapie, dans la catégorie « autres thérapies », sont présentées dans cette dernière section.

Toutouthérapie et thérapie par la poupée

La toutouthérapie n'a pas fait l'objet de recherches et n'est pas répertoriée. Cette thérapie a été ainsi nommée par une infirmière dans le cadre de la présente recherche. Elle utilise les toutous ou oursons de peluche auprès de la clientèle atteinte de problèmes cognitifs. Selon ses commentaires, l'utilisation d'un ourson de peluche ou autres toutous offre un moyen de communication supplémentaire auprès de cette clientèle.

La thérapie par la poupée, qui présente des similarités avec la toutouthérapie, a fait l'objet d'un programme auprès de résidents présentant des comportements perturbateurs reliés à la démence. La psychologue américaine Nanci-Ames Curtis a créé cette activité qui fait maintenant partie du quotidien de quelque 400 établissements de soins de longue durée aux États-Unis. Des poupées représentant un couple de personnes âgées favorisent la réminiscence et les échanges entre les participants (Concepts du sablier, 2007).

Zoothérapie

La thérapie assistée par l'animal, ou zoothérapie, aurait des effets bénéfiques auprès de la clientèle vivant en établissement (Banks, 1998; Belin, 2000; Bernatchez, 1999, 2000, 2001; De Palma, 2004; Fine, 2000).

Dono (2005) explique que la compagnie d'un animal a des effets thérapeutiques tant sur le plan émotionnel que social et aide à améliorer la qualité de vie des personnes âgées vivant en établissement. Selon des études et des observations comportementales, la zoothérapie aurait des bienfaits significatifs auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer (Bernatchez, 2001). La mémoire reliée à l'affection portée à un animal est plus longuement préservée chez les personnes atteintes de démence et la zoothérapie peut donc s'inscrire en tant que stratégie d'intervention auprès de cette clientèle (Bernatchez, 1999).

Dans son ouvrage, De Palma (2004) consacre un chapitre complet à la zoothérapie auprès des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer. Elle cite de nombreux auteurs et recherches qui démontrent que cette thérapie améliore la qualité de vie des patients et allège la tâche du personnel. Elle mentionne que la présence d'un animal réussit à brancher la personne sur son monde émotionnel tout en réactivant sa mémoire. Bernatchez (2007) précise que la thérapie assistée par l'animal utilisée dans la gestion des comportements perturbateurs chez les personnes âgées présentant des déficits cognitifs serait une approche prometteuse.

La zoothérapie implique la tolérance des membres du personnel à la présence d'animaux. L'introduction d'un animal en établissement entraîne souvent des craintes sur le plan sanitaire en plus de celles reliées au risque de transmission de maladies infectieuses aux bénéficiaires et au personnel de l'établissement (Fortier, Villeneuve, & Higgins, 2001). Malgré l'absence de consensus au Québec sur les mesures préventives, ces auteurs soulignent qu'il devient possible de limiter la presque totalité des problèmes de santé

soulevés par l'introduction d'un animal familier tels que les risques de nature traumatique, allergique et infectieuse. En ce qui concerne les risques traumatiques par morsures ou griffures infligées aux humains par les animaux, la prévention de ce genre d'incident passe par une sélection minutieuse des animaux avant de les introduire dans le programme. De plus, les griffes doivent être taillées. Pour diminuer les risques allergiques aux pellicules, aux poils, à la salive, à l'urine et aux autres sécrétions animales, un shampoing anti-allergène est donné 24 heures avant l'introduction de l'animal dans l'établissement ou le milieu hospitalier. D'autres auteurs recommandent de faire porter un chandail à l'animal pour diminuer la perte de poils et de pellicules. Pour les personnes allergiques, il importe d'évaluer les bienfaits de la thérapie par rapport aux désagréments causés par l'allergie et limiter, voire annuler, leur participation au programme de zoothérapie. Pour prévenir le risque infectieux, des mesures préventives générales sont recommandées telles que se laver les mains après avoir manipulé l'animal, éviter d'embrasser l'animal et empêcher l'animal de lécher le résident. De plus, les animaux doivent avoir subi un examen complet par un vétérinaire et reçu les vermifuges et vaccins annuels. Pour terminer, tout animal présentant un problème de santé doit être retiré du programme et n'être réintroduit que lorsque le problème est résolu.

La zoothérapie complète la synthèse des thérapies complémentaires et alternatives de soins chez la clientèle âgée vivant en établissement. Ces thérapies font l'objet de nombreuses recherches pour divers problèmes de santé et ce, dans différents groupes d'âge. Il est probable que les résultats favorables de certaines recherches soient éventuellement applicables aux problématiques de santé de la clientèle vivant en CHSLD.

Approche holistique en soins infirmiers

L'approche holiste ou holistique est la façon de concevoir l'interaction entre l'individu et son milieu. Le terme holisme est dérivé du grec *holos* ou *holo* signifiant la « globalité du système et des organismes » (Damiani, 1995). C'est dans les années 1960 que le mot acquiert une valeur d'usage dans le domaine de la santé en Amérique du Nord.

L'approche holistique en soins infirmiers reconnaît aujourd'hui deux points de vue au regard de l'holisme. En premier lieu, elle implique l'identification des liens entre les dimensions bio-psycho-socio-spirituelles de la personne en reconnaissant que le tout est plus grand que la somme de ses parties et en second lieu, que l'individu est un tout unitaire en interaction continuelle avec son environnement (Dossey, Guzzetta, & Keegan, 2000).

Trois théoriciennes en soins infirmiers ont contribué à l'évolution de la pratique infirmière holistique : Margaret Newman, Martha Rogers et Jean Watson. Ces trois théoriciennes ont proposé le cœur des valeurs de l'holisme : l'interconnexion infirmière-client-environnement, la conscience en tant que force et la primauté du rapport avec le client dans le processus de guérison (Bright et al., 2002). Les soins infirmiers holistiques consistent en le respect des valeurs et de l'expérience du client de même qu'en la reconnaissance que chaque individu est unique, sachant ce qui est meilleur pour lui. Dans cette approche, l'infirmière est aussi encouragée à valoriser et à utiliser son intuition dans ses interventions auprès du client.

Le concept d'holisme prend tout son sens dans le paradigme de la transformation (Sylvain, 2002). Le modèle conceptuel de Rogers s'insère dans ce paradigme (Allard & Landry, 1998). Les infirmières s'orientent de plus en plus vers un paradigme holistique

(Johnson, 1990 cité dans Kérouac, Pepin, Ducharme, Duquette, & Major, 1994). L'infirmière qui pratique des soins holistiques se voit proposer des stratégies alternatives telles que la relaxation, la visualisation, la prière, la musicothérapie de même que des programmes d'exercices lorsque les besoins du client le requièrent. Le but de ces modalités holistiques est d'intégrer des approches alternatives valides sans supplanter la médecine classique (Dossey et al., 2000).

Divers ouvrages présentent des thérapies complémentaires et alternatives de soins qui peuvent être intégrées à la pratique infirmière (Bright, 2002; Condon, 2004; Couillard, 2002, 2005; Dossey et al., 2000; Fontaine, 2005; Kozier et al., 2005; Snyder & Lindquist, 2002; Voyer, 2006). Les définitions, les buts, les principes, les indications et les contre-indications de diverses thérapies complémentaires et alternatives y sont décrits. Couillard (2002) souligne que l'infirmière a des responsabilités par rapport à ces diverses thérapies, soit la connaissance, l'enseignement et la recherche. Ainsi, l'infirmière doit posséder les connaissances et les compétences requises pour prodiguer des soins de façon sûre et conforme à l'éthique en rapport avec ces pratiques. De plus, elle doit connaître le potentiel de guérison et les effets secondaires possibles de tout traitement et en informer le client. Elle est également tenue d'aider les clients à faire des choix éclairés quant aux thérapies et traitements nécessaires et les aviser d'en discuter avec leur médecin. Enfin, comme il s'agit d'un domaine relativement nouveau et en développement, l'infirmière a l'obligation de s'informer des recherches qui se déroulent dans ce domaine pour pouvoir renseigner le client sur la valeur et le potentiel de guérison des différents traitements.

Un programme de spécialisation offert par la *Canadian Holistic Nurses Association* (CHNA) permet à des infirmières canadiennes d'acquérir une formation menant à l'obtention d'un certificat en soins holistiques (Canadian Holistic Nurses Association, 2006). Ce programme a été mis en place pour favoriser le développement de la pratique des soins infirmiers holistiques au Canada (Dobbie, 2007). De plus, ce programme s'appuie sur le modèle conceptuel développé par Rogers, car il constitue le fondement de la pratique des soins infirmiers holistiques. Le programme comprend trois niveaux de compétences et offre la possibilité d'apprendre et de pratiquer une variété d'approches énergétiques (Freeman, 2007). Le premier niveau consiste en une introduction aux principes fondamentaux du modèle conceptuel de Rogers. Il favorise l'apprentissage et l'application du toucher thérapeutique, de la visualisation, de la relaxation et de la méditation. Le deuxième niveau se concentre sur la pratique professionnelle guidée par l'éthique et la recherche. On y apprend l'utilisation de techniques basées sur les sons, la lumière et les couleurs. Le troisième niveau démontre la congruence de la science rogéienne en rapport avec diverses autres modalités au choix de l'étudiante.

Dans le cadre de ce projet d'essai, l'approche holistique a été privilégiée, car elle permet de prendre en considération toutes les dimensions de la personne, corps, âme et esprit, en relation avec son environnement. Les personnes âgées qui vivent dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée peuvent bénéficier d'une telle approche dans les soins qui leur sont prodigués. Selon Voyer (2006), la musicothérapie, la zoothérapie, l'aromathérapie, la photothérapie et le massage des mains sont des interventions non pharmacologiques bénéfiques auprès des résidents atteints de déficits cognitifs qui

présentent des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence (SPCD). Les SPCD se manifestent par des comportements d'agitation, d'agressivité ou d'errance. La gestion des symptômes comportementaux et psychologiques chez les résidents atteints de démence constitue l'un des plus grands défis de l'infirmière œuvrant dans les CHSLD, car les conséquences de ces symptômes touchent à la fois le résident, ses proches, les autres résidents de même que les soignants (Bourque & Voyer, 2006).

Dans son guide traitant de l'exercice en soins de longue durée, l'OIIQ (2002) souligne que l'expertise infirmière se caractérise par une capacité à proposer à la personne, aux proches et aux membres de l'équipe de soins des approches novatrices pour faire face à de nouvelles réalités de soins encore peu documentées. De plus, la pratique infirmière en soins de longue durée évolue rapidement. Cette rapidité dans l'évolution des besoins diversifiés des clientèles et la plus grande dépendance des personnes hébergées amène les infirmières à réinventer leurs pratiques de façon constante.

Cadre de référence

Le modèle conceptuel de Rogers (1970) constitue le cadre de référence de ce projet de recherche. Rogers a proposé la science des êtres humains unitaires qui reflète une vision holistique de la personne et de l'environnement. De plus, par son modèle conceptuel visionnaire, Rogers a apporté une contribution substantielle à la discipline infirmière (Fawcett, 2000).

Selon l'analyse de ce modèle conceptuel effectuée par Tomey et Alligood (2006), Rogers définit la personne comme un être humain unitaire plus grand et différent de la

somme de ses parties, unique et indissociable de son univers. L'environnement est perçu comme un système ouvert et un champ d'énergie en constant changement. L'homme et l'environnement sont des champs d'énergie en mutuelle interaction et ce processus est en continuelle évolution. La conception de la santé n'est pas clairement définie par Rogers; toutefois, les valeurs de chacun en matière de santé seraient individuelles et définies par sa culture. La profession infirmière est un art et une science. L'art dans les soins est l'utilisation créatrice de la science pour l'amélioration de la condition humaine. Le but des soins infirmiers consiste à promouvoir la santé et le bien-être des personnes.

Les principaux concepts du modèle de Rogers de même que ses applications aux soins infirmiers ont été documentés par Allard et Landry (1998). Selon ces auteurs, quatre postulats permettent d'expliquer l'interrelation entre l'homme et son environnement, soit : le champ d'énergie, l'ouverture, la pandimensionnalité et la configuration. Le champ d'énergie constitue l'élément fondamental du vivant et du non-vivant. Le champ est le concept unificateur et l'énergie signifie la nature dynamique de ce champ. L'univers est conçu comme un système ouvert, car les champs d'énergie sont infinis et ouverts puisqu'il existe des échanges entre eux. Le fait que le temps et l'espace ne soient pas linéaires ni absolus explique la pandimensionnalité. Enfin, la notion de configuration est une abstraction qui détermine le caractère unique de chaque champ d'énergie. On ne peut observer la configuration mais on peut en observer les manifestations. La douleur, la maladie et les comportements sont des manifestations de la configuration du champ d'énergie.

Les changements de configuration des champs d'énergie sont exprimés par trois principes d'homéodynamique, soit la résonance, l'hélicie et l'intégralité. Le principe de la résonance suppose une évolution constante des ondes des champs d'énergie humaine et environnementale (passage d'une basse à une haute fréquence). Par exemple, une personne souffrante aura l'impression que le temps passe lentement (basse fréquence) tandis qu'une autre qui écoute de la musique trouvera que le temps passe vite parce qu'elle se situe dans une fréquence plus élevée. Le rôle de l'infirmière consiste alors à faciliter le passage vers une configuration de fréquence plus élevée. Pour ce faire, Rogers préconise l'utilisation de l'humour, des couleurs, des mouvements et certaines autres modalités de soins telles que le toucher thérapeutique, la méditation et la visualisation. La diversification des configurations des champs d'énergie humaine et environnementale décrit le principe d'hélicie, tandis que selon le principe de l'intégralité les échanges entre les champs humain et environnemental sont un processus continu et mutuel, car ces deux champs font partie intégrante l'un de l'autre.

Le modèle développé par Rogers privilégie l'utilisation des approches non invasives. Rogers (1994) soulignait que malgré l'intégration croissante de la technologie dans les soins infirmiers au cours des prochaines décennies, les infirmières utiliseront de plus en plus de modalités non invasives dans leur pratique.

Le modèle de Rogers s'applique bien à l'orientation philosophique de la présente étude. Il montre comment les approches complémentaires et alternatives s'inscrivent dans une perspective holistique. Il précise également de quelle façon ces approches peuvent être

comprises ou utilisées dans la pratique infirmière auprès de la clientèle âgée hébergée dans les centres de soins de longue durée.

TROISIÈME CHAPITRE

MÉTHODOLOGIE

Ce chapitre consacré à la méthodologie comprend le type d'étude, les milieux, la population et l'échantillon, la technique d'échantillonnage, les définitions opérationnelles des variables, le déroulement des activités de recherche, la collecte des données, le plan d'analyse des données et les considérations éthiques.

Type d'étude

Ce projet de recherche consiste à décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Il s'agit d'une étude descriptive de type enquête, car elle décrit un phénomène relatif à une population visant à établir les caractéristiques de cette population ou d'un échantillon de celle-ci (Fortin, 1996).

Milieux

L'étude a été réalisée dans 21 centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean sur une possibilité totale de 22 CHSLD. Un seul centre a refusé de participer à cette recherche. Le fait de solliciter l'ensemble des CHSLD de la région avait pour but de décrire de la manière la plus exhaustive possible l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région, car cette utilisation peut être très variable d'un centre à l'autre.

La répartition des CHSLD dans chaque territoire est représentée comme suit:

- Jonquière (4)
- Chicoutimi (4)
- La Baie (3)
- Lac-Saint-Jean-Est (3)
- Domaine-du-Roy (5)
- Maria Chapdelaine (2)

Population et échantillon

La population était représentée par toutes les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Sur un total de 230 questionnaires distribués ($N = 230$) dans les CHSLD suite à une estimation effectuée par chacun des responsables du nombre d'infirmières et autres professionnels ciblés dans leur centre, 98 réponses ($n = 98$) ont été retournées pour un taux de participation de 42,6%.

Technique d'échantillonnage

La méthode d'échantillonnage était accidentelle ou de convenance, car les intervenants invités à répondre aux questions relatives à l'étude devaient être présents dans le milieu de travail à ce moment-là. Son déroulement s'est effectué sur une période d'un mois. En effet, les professionnels ciblés absents du CHSLD au cours de cette période ne pouvaient participer à l'étude. Selon Fortin, Côté et Filion (2006), ce procédé de sélection

permet de constituer un échantillon non probabiliste, car chaque élément de la population n'a pas une probabilité ou une chance égale d'être choisi pour former l'échantillon.

Définitions opérationnelles des variables

Dans cette section, les variables suivantes seront définies: centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), infirmière, outils complémentaires de soins, professionnels ciblés ainsi que thérapies complémentaires et alternatives de soins.

Centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD)

Milieu de vie et de soins où les personnes résident en permanence. D'après la Loi sur les services de santé et les services sociaux, la mission d'un CHSLD consiste à offrir de façon temporaire ou permanente des services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, ainsi que des services psychosociaux, infirmiers, pharmaceutiques, médicaux et de réadaptation. Ces services s'adressent aux adultes en perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, principalement les personnes âgées qui ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie naturel malgré le soutien de leur entourage (Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux, 2006).

Infirmière

Professionnelle de la santé inscrit au tableau de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) dont l'exercice consiste à évaluer l'état de santé d'une personne, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à

prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir la santé, de la rétablir et de prévenir la maladie, ainsi qu'à fournir les soins palliatifs (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 2003).

Outils complémentaires de soins

Pratiques complémentaires de soins qui peuvent être utilisées de façon autonome par les infirmières, quel que soit leur milieu de travail et compte tenu de leur formation. Ces pratiques sont les techniques de relaxation, de visualisation et de massage, la rétroaction biologique (*biofeedback*) et le toucher thérapeutique (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993).

Professionnels ciblés

Intervenants auprès de la clientèle tels que les infirmières et autres professionnels, par exemple les physiothérapeutes, les ergothérapeutes, les spécialistes en réadaptation physique, les éducateurs spécialisés, les récréologues ou les techniciens en loisirs travaillant dans les centres retenus qui, d'une part, peuvent appliquer de telles approches dans leur pratique et qui, d'autre part, possèdent l'autonomie professionnelle requise pour décider de proposer des interventions à la clientèle dans le CHSLD.

Thérapies complémentaires et alternatives de soins

Une thérapie est considérée comme complémentaire lorsqu'elle est utilisée en conjonction avec la médecine conventionnelle. Elle est alternative ou parallèle lorsqu'elle

remplace la médecine conventionnelle (Couillard, 2002; National Center for Complementary and Alternative Medicine, 2007). Cette définition explique le sens général qui doit être donné à cette expression citée en titre de cet essai.

Déroulement des activités de recherche

Cette section aborde en détail le déroulement des différentes activités liées à la réalisation de ce projet de recherche qui a débuté à la session Hiver 2006 à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC).

La rédaction de la phase conceptuelle du projet de recherche et l'élaboration de la lettre d'entente de collaboration écrite à l'étude (Appendice A) et du formulaire d'information des répondants (Appendice C) se sont déroulées à la session Hiver 2006.

La soumission du projet de recherche pour approbation éthique au Comité éthique de la recherche de l'UQAC a eu lieu le 28 avril 2006. Le projet a ensuite été soumis au Comité éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux (CSSS) de Chicoutimi le 7 septembre 2006 (Appendice F).

Les questionnaires de recherche (Appendice D) ont été élaborés en avril 2006 et validés par deux professeurs universitaires experts et un professeur de niveau collégial en septembre 2006.

À la suite de l'obtention des approbations éthiques de l'UQAC en septembre 2006 et du CSSS de Chicoutimi en novembre 2006 (Appendice F), des lettres d'information sur le projet de recherche ont été envoyées à l'Agence régionale de la santé (Appendice G) ainsi qu'aux directions des soins infirmiers de chacun des territoires de la région du

Saguenay–Lac-Saint-Jean (Appendice H) de même qu’aux coordonnateurs des centres d’hébergement de chaque territoire (Appendice I) en novembre 2006.

Une rencontre d’information avec les membres du Comité régional des personnes en perte d’autonomie sous la présidence de M. Yannick Cherkez, responsable du Centre d’hébergement Métabetchouan, a été tenue au CSSS Lac-Saint-Jean-Est à Alma le 30 novembre 2006. Le but de la participation à cette réunion des membres de la Table des CHSLD était de les informer des futures démarches dans le cadre de ce projet de recherche.

Au début du mois de décembre 2006, tous les responsables des CHSLD ont été rencontrés pour leur expliquer le projet de recherche, obtenir une entente de collaboration écrite à l’étude (Appendice A et Appendice B), remettre les formulaires d’information aux répondants (Appendice C) de même que les questionnaires de recherche (Appendice D). De plus, un texte publicitaire (Appendice E) a été déposé dans chacun des établissements pour informer les professionnels sur la recherche effectuée dans leur centre et les inviter à remplir les questionnaires.

Deux semaines après la remise des questionnaires, soit à la mi-décembre 2006, une carte de vœux pour la nouvelle année et de remerciement pour leur participation à la recherche a été envoyée à tous les centres participants (Appendice J). De même, à la mi-janvier 2007, une seconde lettre a été postée à tous les responsables des CHSLD (Appendice L) pour les informer de la date de récupération des boîtes de questionnaires. Cette récupération dans chacun des CHSLD s’est effectuée à la fin janvier 2007.

En mars 2007, le dossier comprenant les signatures des responsables des CHSLD ayant participé à la recherche de même que les questionnaires validés par des experts,

professeurs d'université et de niveau collégial (Appendice M), a été remis au Comité éthique de la recherche de l'UQAC pour le suivi des exigences lors de l'approbation éthique.

Enfin, la collecte et l'analyse des données de même que l'interprétation des résultats et la rédaction ont été complétées au cours de la session Hiver 2007.

Collecte des données

La collecte des données a été effectuée à l'aide de deux questionnaires auto-développés (Appendice D) comprenant des questions fermées et à des choix multiples, dont la première partie correspondait aux données sociodémographiques et la seconde permettait d'identifier la thérapie utilisée. Ces questionnaires ont été soumis à deux professeurs d'université et d'un professeur de niveau collégial pour révision et validation.

Le frontispice des questionnaires comprenait le logo et le nom de l'Université du Québec à Chicoutimi, le titre du projet de recherche, le nom de l'étudiante responsable du projet, son domaine d'étude et le nom du département universitaire de même que les directives sur la manière de remplir les questionnaires. Les informations telles que le nom et le numéro du local pour obtenir des copies additionnelles de l'Annexe A ont été préalablement établies avec le responsable du centre participant lors de la signature de l'entente de collaboration.

Le mode de distribution des questionnaires de recherche a été le même pour tous, soit par l'entremise du responsable du CHSLD participant, comme convenu dans l'entente de collaboration. Le document remis par le responsable du CHSLD à chaque professionnel

ciblé comprenait un formulaire d'information, les questionnaires de recherche et une enveloppe-réponse de format 8½ sur 11. Les questionnaires étaient composés de deux parties brochées séparément. La première partie mentionnait les directives, la liste des thérapies complémentaires et alternatives de soins regroupées par catégories telles que définies par l'Agence de santé publique du Canada (2004) et les références liées à ces thérapies. Cette partie pouvait par la suite être conservée par le répondant. Le second document présentait le questionnaire sociodémographique comprenant la classe d'âge, le titre de l'emploi, le nombre d'années d'expérience de travail dans la profession et en CHSLD ainsi que le niveau de formation du répondant. Pour chaque thérapie utilisée, ce dernier devait remplir une copie de l'Annexe A qui indiquait le nom de la thérapie utilisée, la clientèle visée, la durée et la fréquence d'utilisation de la thérapie de même que le lieu de la formation reçue en rapport avec cette dernière. Une fois remplis, les questionnaires devaient être mis immédiatement dans une enveloppe qui était ensuite scellée et déposée dans la boîte réservée à cet effet.

Une feuille explicative (Appendice K) affichée sur la boîte des questionnaires indiquait le nom de l'étudiante effectuant la recherche, son domaine d'études, le nom de son université d'appartenance, le titre de la recherche, la date finale pour la remise des questionnaires complétés ainsi que les directives pour respecter l'anonymat et la confidentialité des données suivies de remerciements pour leur collaboration au projet de recherche.

Toutes les boîtes scellées servant à recueillir les questionnaires complétés ont été laissées dans les centres pendant une durée de plus d'un mois et des relances par lettres ont

été effectuées à deux reprises. Tous les centres ont été revisités au cours du mois de janvier 2007 dans le but de ramasser les boîtes de questionnaires.

Plan d'analyse des données

Ces questionnaires ont fourni des données de base permettant d'établir des mesures de fréquence d'utilisation, des moyennes et des écarts-types. Le logiciel SPSS 13.0 (*Statistical Package for Social Science*), disponible à l'UQAC, a servi pour l'analyse des données. Un consultant en statistique de l'UQAC, M. Jean-Yves Frigon, a contribué à l'analyse des données.

Considérations éthiques

Ce projet de recherche a reçu les approbations éthiques de l'UQAC et du CSSS de Chicoutimi (Appendice F). Toutes les instances telles que l'Agence régionale de la santé, les directions des soins infirmiers de chacun des territoires de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean de même que les coordonnateurs des centres d'hébergement de chaque territoire ont été informées par lettre sur les futures démarches à entreprendre avec les responsables des CHSLD. À cette lettre étaient joints une copie de la lettre d'entente de collaboration avec les responsables des CHSLD, le formulaire d'information pour les répondants, le texte publicitaire qui devait être affiché dans le CHSLD participant, les questionnaires de recherche de même que les approbations éthiques de l'UQAC et du CSSS de Chicoutimi.

Pour le recrutement des participants, tous les responsables des CHSLD de la région ont été rencontrés pour leur expliquer le projet de recherche et obtenir leur signature de l'entente de collaboration à l'étude. Lors de cette rencontre, deux documents ont été signés par le responsable du CHSLD et l'étudiante, soit la lettre d'entente de collaboration (Appendice A) dont le responsable conservait une copie, et une lettre qui était remise par la suite au Comité éthique de la recherche de l'UQAC pour répondre à cette exigence lors de l'approbation éthique (Appendice B).

L'entente écrite avec le responsable du CHSLD constituait une autorisation pour réaliser l'étude dans le centre visé et confirmait sa collaboration pour la distribution des formulaires d'information accompagnés des questionnaires de recherche destinés à tous les professionnels ciblés présents dans le CHSLD au moment de l'enquête. Dans cette entente de collaboration, une mention spécifiait que ces derniers demeuraient libres de se retirer de l'étude en tout temps. Toutefois, les données qu'ils avaient déjà fournies ne pouvaient être détruites ou retirées du projet de recherche puisqu'elles étaient anonymes et, par conséquent, il devenait impossible de retracer les répondants.

Le responsable de chacun des CHSLD participants avait la charge de distribuer les formulaires d'information et les questionnaires aux professionnels ciblés. Ces derniers n'ont pas signé de formulaire de consentement sur une base individuelle, car les réponses des répondants demeuraient anonymes. Cette façon de procéder pour obtenir le consentement des participants est reconnue dans le domaine de la recherche en sciences infirmières pour les situations d'échantillons de volontaires de convenance, telle que proposée dans le présent projet. Selon Haber et Singh (2005), le fait de remplir un

questionnaire et de le retourner prouve que la personne a consenti à participer à la recherche proposée.

Le formulaire d'information remis aux répondants (Appendice C) mentionnait qu'en aucun temps leur identité ne serait divulguée et que toutes les données recueillies dans le cadre de l'étude étaient strictement confidentielles et n'étaient utilisées qu'aux fins de la présente étude. De plus, le centre participant de même que les répondants à l'étude ne pouvaient être identifiés lors de la présentation des résultats.

Dès que le questionnaire sociodémographique et l'Annexe A étaient remplis par le répondant, ce dernier devait l'insérer immédiatement dans une enveloppe jointe, la sceller et la déposer dans la boîte de questionnaires également scellée et facilement identifiable par les répondants. L'orifice sur le dessus de la boîte était suffisamment grand pour y insérer l'enveloppe-réponse pliée, mais trop petit pour la retirer. Le but était d'éviter le retrait des questionnaires et de conserver la confidentialité des données recueillies. L'emplacement de la boîte pour déposer les questionnaires était inscrit dans les directives des questionnaires et avait préalablement été choisi avec le responsable du CHSLD lors de la rencontre d'entente de collaboration.

Les boîtes ont été récupérées dans chaque CHSLD par l'étudiante responsable de ce projet de recherche. Le dépouillement des boîtes de questionnaires a été effectué uniquement par l'étudiante attitrée à cette recherche dans un local de l'UQAC et les questionnaires ont été placés par la suite dans un classeur sous clé.

Dans une déclaration d'honneur, l'étudiante Édith Bilodeau et la directrice de l'essai, la professeure Maud-Christine Chouinard, se sont engagées à respecter le caractère

confidentiel de toute information nominative et à ne pas la divulguer, la reproduire ou l'utiliser, d'une quelconque manière, autrement que pour les fins pour lesquelles elle a été collectée. À part l'étudiante et la directrice de l'essai, seuls les membres du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC et celui du CSSS de Chicoutimi pouvaient avoir accès à ces dossiers de recherche afin de s'assurer du bon déroulement de l'étude. De plus, les données remises pour analyse statistique à M. Jean-Yves Frigon ne permettaient pas l'identification des participants à cette étude.

Les données seront conservées sous clé à l'UQAC pour une période de sept ans après la fin du projet et détruites par la suite selon les normes prescrites pour les documents confidentiels.

QUATRIÈME CHAPITRE

RÉSULTATS

Ce chapitre présente les résultats obtenus à la suite de l'enquête effectuée dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. La première section décrit les caractéristiques sociodémographiques des participants à cette étude, suivie de l'utilisation globale des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les répondants. Enfin, la troisième section donne une description des diverses thérapies complémentaires et alternatives de soins.

Caractéristiques sociodémographiques des répondants

Sur un total de 230 questionnaires distribués ($N = 230$) dans les CHSLD, un total de 98 réponses ($n = 98$) a été obtenu pour un taux de réponse de 42,6 %. Les données correspondant aux diverses variables sociodémographiques sont présentées au Tableau 1, soit le nombre de répondants par territoires, par titres d'emploi regroupés, par groupes d'âge, selon le sexe et par niveaux de formation. Certains titres d'emploi énumérés par les répondants ont été regroupés; par exemple, les titres d'infirmière, d'infirmière bachelière, d'infirmière clinicienne et d'assistante-infirmière en chef forment le groupe «infirmière ». De plus, les titres de physiothérapeute, d'ergothérapeute et de spécialiste en réadaptation physique ont constitué le groupe « thérapeute » alors que les titres de récréologue, de technicien et d'animateur en loisirs forment le groupe « loisir ». Les répondants en éducation spécialisée et en travail social n'ont pas été regroupés.

Tableau 1
Variables sociodémographiques des répondants ($n = 98$)

Variabes	Catégories	<i>n</i>	%
Territoires	Chicoutimi	15	15,3
	Jonquière	16	16,3
	La Baie	14	14,3
	Domaine-du-Roy	23	23,5
	Lac-Saint-Jean-Est	18	18,4
	Maria Chapdelaine	12	12,2
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	64	65,3
	Thérapeute	18	18,4
	Éducation spécialisée	10	10,2
	Loisir	4	4,1
	Travail social	2	2,0
Groupes d'âge	Moins de 25 ans	3	3,1
	25 à 29 ans	2	2,0
	30 à 34 ans	2	2,0
	35 à 39 ans	14	14,3
	40 à 44 ans	16	16,3
	45 à 49 ans	23	23,5
	50 à 54 ans	21	21,4
	55 à 59 ans	14	14,3
	60 à 64 ans	2	2,0
Sexe*	Féminin	68	69,4
	Masculin	2	2,0
	Non précisé	28	28,6
Niveaux de formation	Collégial	59	60,2
	Certificat universitaire	14	14,3
	Baccalauréat	22	22,4
	Maîtrise	3	3,1

* Correspond au nombre total de répondants qui ont inscrit leur titre d'emploi soit au féminin ou au masculin.

Tableau 2

Moyennes et écarts-types selon les années d'expérience des répondants ($n = 98$)

Variabes	<i>M</i>	<i>ET</i>
Années d'expérience dans la profession	20,3	9,2
Années d'expérience dans les CHSLD	15,2	9,0

Le groupe modal d'âge le plus important est celui des 45-49 ans avec un pourcentage de 23,5 %. La majorité des répondants a complété une formation collégiale (60,2 %). Un total de 68 répondants ayant inscrit leur titre d'emploi au féminin et 2 au masculin a permis d'identifier le sexe de 70 participants parmi les 98.

Le Tableau 2 montre les moyennes et écarts-types en rapport avec les années d'expérience des répondants dans la profession et dans les CHSLD. Le minimum d'années d'expérience dans la profession se situe à 0,5 et le maximum est de 38 années. En ce qui concerne la moyenne d'années d'expérience dans les CHSLD, les résultats varient de 0,2 année à 34 années d'expérience.

Utilisation globale des thérapies complémentaires et alternatives de soins

Selon la liste des 26 thérapies complémentaires et alternatives de soins répertoriées par l'Agence de santé publique du Canada (2004) et telle que proposée dans le questionnaire de recherche, un total de 14 thérapies (53,8 %) a été mentionné par les répondants. Par ailleurs, la zoothérapie ainsi que la toutouthérapie ont été classées dans

« Autres thérapies » (7,7 %) par les répondants même si elles n'apparaissent pas dans la liste proposée.

Les thérapies les plus fréquemment utilisées dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean (Tableau 3) sont la massothérapie (36,7 %), la musicothérapie (29,6 %), la relaxation (20,4 %), le toucher thérapeutique (13,3 %), la zoothérapie (12,2 %), la thérapie par le mouvement (8,2 %) et la visualisation (8,2 %). Les thérapies telles que l'art-thérapie, la thérapie par la danse, l'aromathérapie, la polarité, la réflexologie, la couleur, la méditation, la toutouthérapie et le yoga sont utilisées dans une faible proportion.

Certaines thérapies telles que la massothérapie, la musicothérapie, la zoothérapie, l'art-thérapie, la réflexologie et le yoga peuvent avoir été offertes par des ressources extérieures. Elles feront l'objet d'une description séparée lors de la présentation de leurs résultats.

Le nombre de thérapies utilisées par les répondants est présenté à la Figure 1. La plus grande proportion des répondants, soit 39,8 % ($n = 39$), n'utilise aucune thérapie, 28,6 % ($n = 28$) ne recourent qu'à une seule, 9,2 % ($n = 9$) font usage de deux thérapies, 16,3 % ($n = 16$) en emploient trois, 3,1 % ($n = 3$) en utilisent quatre alors que 2 % ($n = 2$) des répondants ont recours à cinq thérapies dans leur travail et 1 % ($n = 1$), finalement un seul répondant, utilise un total de six thérapies.

Tableau 3

Fréquences d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ($n = 98$)

Thérapies utilisées	Fréquences	Pourcentages
Massothérapie*	36	36,7
Musicothérapie*	29	29,6
Relaxation	20	20,4
Toucher thérapeutique	13	13,3
Zoothérapie*	12	12,2
Thérapie par le mouvement	8	8,2
Visualisation	8	8,2
Art-thérapie*	3	3,1
Thérapie par la danse	3	3,1
Aromathérapie	2	2,0
Polarité	2	2,0
Réflexologie*	2	2,0
Couleur	1	1,0
Méditation	1	1,0
Toutouthérapie	1	1,0
Yoga*	1	1,0

* Résultats incluant les thérapies effectuées par des ressources extérieures : massothérapie ($n = 4$), musicothérapie ($n = 6$), zoothérapie ($n = 10$), art-thérapie ($n = 1$), réflexologie ($n = 1$) ainsi que yoga ($n = 1$).

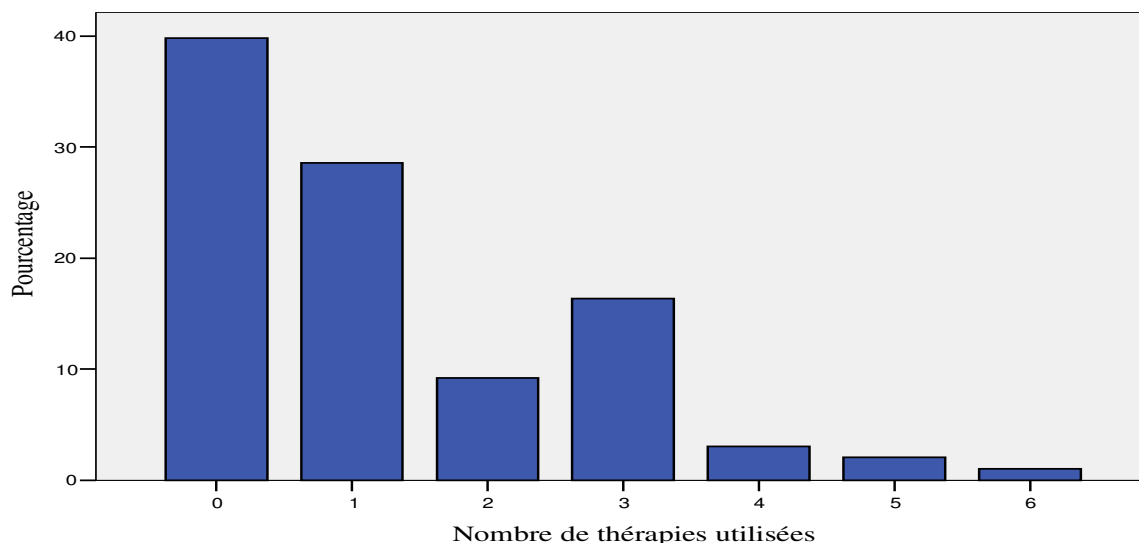


Figure 1. Nombre de thérapies utilisées par les répondants

Description des diverses thérapies complémentaires et alternatives de soins

Cette section montre les thérapies complémentaires et alternatives de soins les plus fréquemment utilisées dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Pour chacune des thérapies complémentaires et alternatives, des tableaux croisés ont été dressés dans le but d’obtenir les résultats concernant l’utilisation par titres d’emploi regroupés, par régions, par territoires et par formations. De plus, pour certaines variables, la durée de même que la fréquence d’utilisation ont été mises en relation avec la clientèle visée.

Lors de l’utilisation d’une thérapie par des ressources extérieures, les données sociodémographiques des répondants telles que la région, le territoire correspondant, le titre de l’emploi du répondant et son groupe d’âge sont exclues des calculs pour cette thérapie. Cette exclusion a pour but d’éviter de fausser les résultats, car les ressources extérieures ne

sont pas des professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD. Toutefois, la clientèle visée, la durée de la thérapie et la fréquence d'utilisation sont prises en considération, car ces données correspondent à la clientèle recevant cette thérapie. Ces résultats fournissent des renseignements supplémentaires sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Massothérapie

Sur 98 répondants, 32 ont recours à la massothérapie, dont les infirmières (59,4 %), les thérapeutes (34,4 %) et les éducateurs spécialisés (6,2 %). Comme le montre le Tableau 4, les résultats obtenus par titres d'emploi regroupés et par territoires ont été évalués par rapport au nombre de répondants ayant utilisé la massothérapie. Dans certains cas, le massage est offert par une ressource extérieure ($n = 4$) et les données concernant la clientèle visée, la durée de la thérapie et sa fréquence d'utilisation sont inscrites dans le Tableau 4.

Le massage semble davantage être employé dans la sous-région du Lac-Saint-Jean (56,3 %) que dans celle du Saguenay (43,7 %). Par contre, lorsque les résultats des utilisateurs sont vérifiés par rapport au pourcentage des répondants par territoire, on remarque que les répondants de Jonquière (56,2 %) l'utilisent davantage que ceux du Domaine-du-Roy (52,2%).

La formation en massothérapie des répondants est principalement acquise au niveau collégial (50 %). Toutefois, sur une mention de 19 infirmières, seulement 6 auraient reçu une formation de niveau collégial en massothérapie et 2 de niveau universitaire. En outre, la

majorité des infirmières ($n = 11$) utilise la massothérapie à la suite d'une formation suivie sur une base personnelle. Par ailleurs, 10 thérapeutes ont reçu une formation de niveau collégial et un seul l'a acquise par formation suivie sur une base personnelle, sur un total de 11 thérapeutes.

Les groupes d'âge des répondants qui utilisent la massothérapie sont les suivants: moins de 35 ans (6,4 %), 35-39 ans (16 %), 40-44 ans (22,6 %), 45-49 ans (19,4 %), 50-54 ans (22,6 %), 55 ans ou plus (13 %).

Concernant la clientèle visée, la massothérapie est offerte soit à tous les résidents ou à une clientèle spécifique dans une proportion égale. Les principales caractéristiques notées chez la clientèle recevant un massage sont la présence de douleur (37,5 %), de tension musculaire (9,4 %) et d'anxiété (6,2 %). Le massage est effectué lors du positionnement dans 6,2 % des cas. Parmi les autres critères qui ont été spécifiés pour effectuer un massage, on note les rougeurs aux points de pression, l'agitation, la perte d'autonomie, les problèmes musculosquelettiques et l'arthrose. Les clients en fauteuil gériatrique ou alités en bénéficient plus particulièrement. Le massage est donné aux personnes intéressées à le recevoir ou à l'aise avec les contacts physiques de même que lors de la physiothérapie.

La durée d'un massage peut varier de 5 à 60 minutes. Toutefois, les séances de massage sont principalement données selon la tolérance du résident (30,6 %) et étalées sur plusieurs périodes de la journée (11,1 %). La massothérapie est surtout offerte tous les jours. Il est spécifié comme « autres fréquences » qu'elle est donnée au besoin ou incorporée aux traitements de physiothérapie.

Tableau 4

Description de l'utilisation de la massothérapie dans les CHSLD ($n = 32$)

Variables	Catégories	Utilisateurs		Total répondants	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Territoires	Chicoutimi	4	12,5	15	26,7
	Jonquière	9	28,1	16	56,2
	La Baie	1	3,1	14	7,1
	Domaine-du-Roy	12	37,5	23	52,2
	Lac-Saint-Jean-Est	4	12,5	18	22,2
	Maria Chapdelaine	2	6,3	12	16,7
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	19	59,4	64	29,7
	Thérapeute	11	34,4	18	61,1
	Éducateur spécialisé	2	6,2	10	20,0
Formations	Formation collégiale	16	50,0		
	Formation universitaire	2	6,3		
	Formation personnelle	12	37,5		
	Pas de formation ou autres	2	6,2		
Clientèles visées*	Tous les résidents	18	50,0		
	Clientèle spécifique	18	50,0		
Durées de la thérapie *	5 minutes	4	11,1		
	10 minutes	1	2,8		
	15 minutes	3	8,3		
	30 minutes	8	22,2		
	60 minutes	1	2,8		
	Étalées dans la journée	4	11,1		
	Selon tolérance du résident	11	30,6		
	Autres	4	11,1		
Fréquences d'utilisation*	Tous les jours	8	22,2		
	Aux 2 jours	1	2,8		
	Aux 3 jours	4	11,1		
	Une fois par semaine	7	19,4		
	Une fois par mois	1	2,8		
	Au besoin	10	27,8		
	Autres	5	13,9		

* Incluant la massothérapie donnée par des ressources extérieures ($n = 4$).

Musicothérapie

La musicothérapie est utilisée par 23 répondants sur 98. Elle est parfois effectuée par des ressources extérieures ($n = 6$). Comme le montre le Tableau 5, la musicothérapie semble davantage utilisée dans la sous-région du Lac-Saint-Jean (56,5 %) que dans celle du Saguenay (43,5 %). Les résultats obtenus par titres d'emploi regroupés et par territoires ont été évalués par rapport aux 23 répondants. Toute proportion gardée, ce sont les travailleurs sociaux qui utilisent le plus cette thérapie dans le cadre de leur travail. En ce qui concerne la formation des utilisateurs de la musicothérapie, elle a été surtout acquise sur une base personnelle (39,1 %).

Le groupe d'âge des répondants qui utilisent le plus la musicothérapie dans leur pratique est celui des 40-44 ans et ce, dans une proportion de 21,7 %.

Concernant la clientèle visée, la musicothérapie est principalement offerte à tous les résidents (65,5 %). Toutefois, une clientèle spécifique qui aime la musique (30,8 %), qui présente des déficits cognitifs (30,8 %), des périodes d'agitation (23,1 %), des troubles du sommeil (7,7 %) et des problèmes de santé mentale (7,7 %) en bénéficie plus particulièrement. La durée d'une séance de musicothérapie varie de 30 minutes à 2 heures, mais elle est aussi adaptée à la tolérance du résident. Elle serait principalement utilisée une fois par semaine (24,1 %), mais plusieurs répondants y ont recours tous les jours (20,7 %). Comme autres fréquences d'utilisation, on note qu'elle est employée au coucher, lors du bain donné au lit, en après-midi ou au besoin (20,7 %).

Tableau 5

Description de l'utilisation de la musicothérapie dans les CHSLD ($n = 23$)

Variables	Catégories	Utilisateurs		Total répondants	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Territoires	Chicoutimi	2	8,7	15	13,3
	Jonquière	7	30,4	16	43,7
	La Baie	1	4,3	14	7,1
	Domaine-du-Roy	7	30,4	23	30,4
	Lac-Saint-Jean-Est	2	8,7	18	11,1
	Maria Chapdelaine	4	17,4	12	33,3
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	13	56,5	64	20,3
	Thérapeute	1	4,3	18	5,5
	Éducateur spécialisé	6	26,1	10	60,0
	Technicien en loisir	1	4,3	4	25,0
	Travailleur social	2	8,7	2	100,0
Formations	Par l'employeur	2	8,7		
	Formation collégiale	3	13,0		
	Formation universitaire	2	8,7		
	Formation personnelle	9	39,1		
	Aucune formation et autre	7	30,4		
Clientèles visées*	Tous les résidents	19	65,5		
	Clientèle spécifique	10	34,5		
Durées de la thérapie*	30 minutes	4	13,8		
	45 minutes	1	3,4		
	60 minutes	10	34,5		
	90 minutes	2	6,9		
	2 heures	3	10,3		
	Selon tolérance du résident	9	31,0		
Fréquences d'utilisation*	Tous les jours	6	20,7		
	Aux 2 jours	2	6,9		
	Une fois par semaine	7	24,1		
	Aux 2 semaines	3	10,3		
	Une fois par mois	5	17,2		
	Au besoin	6	20,7		

* Incluant la musicothérapie donnée par des ressources extérieures ($n = 6$).

Relaxation

Le Tableau 6 présente les principaux résultats relatifs à cette thérapie. Elle est employée davantage au Lac-Saint-Jean (60 %) qu'au Saguenay (40 %). Parmi les 20 répondants qui y ont recours, les techniciens en loisir seraient ceux qui l'utilisent le plus, toute proportion gardée. La formation des répondants en rapport avec la relaxation a principalement été acquise au niveau collégial mais certains indiquent n'avoir aucune formation ou l'ont suivie sur une base personnelle.

La relaxation est surtout utilisée par les répondants âgés de 50 à 54 ans (25 %) et ceux de 55 à 59 ans (25 %).

La relaxation est offerte à tous les résidents (40 %) ou à une clientèle spécifique (60 %). Elle est effectuée à l'aide de techniques respiratoires (28,6 %) et est parfois consécutive aux périodes d'activités physiques (14,3 %). Les caractéristiques chez la clientèle spécifique qui reçoit cette thérapie sont l'agitation (28,6 %), la présence de déficits cognitifs mineurs (14,3 %) ainsi qu'une spasticité importante (14,3 %). Pour la majorité des répondants, une séance de relaxation dure environ 30 minutes. Les fréquences d'utilisation sont principalement adaptées aux besoins de la clientèle ou à raison d'une fois par semaine.

Toucher thérapeutique

Le toucher thérapeutique (Tableau 7) est pratiqué par 13 répondants sur 98, principalement par les infirmières.

Tableau 6

Description de l'utilisation de la relaxation dans les CHSLD ($n = 20$)

Variables	Catégories	Utilisateurs		Total répondants	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Territoires	Chicoutimi	4	20,0	15	26,7
	Jonquière	3	15,0	16	18,7
	La Baie	1	5,0	14	7,1
	Domaine-du-Roy	7	35,0	23	30,4
	Lac-Saint-Jean-Est	3	15,0	18	16,7
	Maria Chapdelaine	2	10,0	12	16,7
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	11	55,0	64	17,2
	Thérapeute	3	15,0	18	16,7
	Éducateur spécialisé	4	20,0	10	40,0
	Technicien en loisir	2	10,0	4	50,0
Formations	Formation collégiale	8	40,0		
	Formation universitaire	2	10,0		
	Autres	10	50,0		
Clientèles visées	Tous les résidents	8	40,0		
	Clientèle spécifique	12	60,0		
Durées de la thérapie	Quelques minutes	1	5,0		
	15 minutes	1	5,0		
	30 minutes	6	30,0		
	45 minutes	1	5,0		
	60 minutes	1	5,0		
	30 à 60 minutes	1	5,0		
	Selon tolérance du résident	2	10,0		
	Autres	7	35,0		
Fréquences d'utilisation	Tous les jours	3	15,0		
	Aux 2 jours	1	5,0		
	Aux 3 jours	1	5,0		
	Une fois par semaine	5	25,0		
	Aux 3 semaines	1	5,0		
	Une fois par mois	1	5,0		
	Au besoin et autres	8	40,0		

Tableau 7

Description de l'utilisation du toucher thérapeutique dans les CHSLD ($n = 13$)

Variables	Catégories	Utilisateurs		Total répondants	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Territoires	Chicoutimi	4	30,8	15	26,7
	Jonquière	3	23,0	16	18,7
	Domaine-du-Roy	2	15,4	23	8,7
	Lac-Saint-Jean-Est	4	30,8	18	22,2
Titres d'emploi regroupés	Infirmière	12	92,3	64	18,7
	Thérapeute	1	7,7	18	5,5
Formations	Par l'employeur	2	15,4		
	Formation collégiale	2	15,4		
	Formation universitaire	2	15,4		
	Formation personnelle	6	46,1		
	Autres	1	7,7		
Clientèles visées	Tous les résidents	7	53,9		
	Clientèle spécifique	6	46,1		
Durées de la thérapie	Moins de 5 minutes	1	7,7		
	5 minutes	1	7,7		
	30 minutes	1	7,7		
	20 à 30 minutes	1	7,7		
	Selon tolérance du résident	8	61,5		
	Lors des soins	1	7,7		
Fréquences d'utilisation	Tous les jours	6	46,1		
	Lors du bain	2	15,4		
	10 fois par année	1	7,7		
	12 fois par année	1	7,7		
	Au besoin	2	15,4		
	Autres	1	7,7		

L'utilisation du toucher thérapeutique semble légèrement plus fréquente au Saguenay (53,8 %) qu'au Lac-Saint-Jean (46,2 %). Toute proportion gardée, ce sont les infirmières qui pratiquent le plus cette thérapie dans le cadre de leur travail. En ce qui concerne la formation des répondants, elle a été principalement acquise personnellement.

Le groupe des répondants âgés de 50 à 54 ans l'utilise dans la proportion la plus élevée (38,5 %) suivi de ceux âgés de 55 à 59 ans (30,8 %).

Le toucher thérapeutique est offert à tous les résidents (53,9 %) ou à une clientèle spécifique en soins palliatifs, pour diminuer l'anxiété et l'agitation, lors d'une blessure ou d'un changement de pansement et chez les résidents atteints de déficits cognitifs. Les fréquences des séances de toucher thérapeutique sont quotidiennes et selon la tolérance du résident.

Zoothérapie

Les résultats ont été regroupés pour permettre de présenter l'utilisation de la zoothérapie dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Au total, 12 CHSLD sur 21, recourent à la zoothérapie et ce, en proportion égale dans les deux sous-régions.

Tous les résidents (50 %) ou une clientèle spécifique (50 %) selon les besoins de cette dernière bénéficient de la thérapie assistée par l'animal. Parmi les caractéristiques de cette clientèle, on cite que la zoothérapie est offerte aux personnes qui aiment le contact avec les animaux (40 %), qui ont déjà eu un animal de compagnie (10 %), qui sont alitées (10 %), lucides (10 %), isolées (20 %) ou atteintes d'un déficit cognitif (10 %). La

durée d'une séance de zoothérapie varie selon le type de clientèle visée. Lorsqu'elle est offerte à tous les résidents, elle dure habituellement 60 minutes (66,7 %), entre une à deux heures (16,7 %) ou 10 minutes par personne (16,7 %). Pour la clientèle spécifique, la séance est fonction de la tolérance du résident (16,7 %), ou dure 15 minutes par personne (16,7 %), 30 minutes (49,9 %) ou 60 minutes (16,7 %). Quant à la fréquence d'utilisation de la zoothérapie, on indique qu'elle est offerte une fois par semaine (25 %), aux 2 semaines (16,7 %), une fois par mois (16,7 %), quelques fois durant l'année (8,3 %), trois fois par année (25 %) ou autres (8,3 %).

Cette thérapie est principalement offerte par des ressources extérieures au CHSLD (83,3 %). Toutefois, 5 CHSLD n'ont pas précisé le type de ressources extérieures qui offraient la thérapie assistée par l'animal. Parmi les CHSLD qui l'ont spécifié, deux centres précisent que ce sont des bénévoles qui apportent leurs animaux et un centre rapporte que ce sont les membres de la famille du résident qui rendent visite avec leur animal. Un seul CHSLD a noté que la zoothérapie était pratiquée par une personne ayant une formation et qu'elle se servait de chiens Golden Retriever recommandés pour ce type de thérapie. Un CHSLD a mentionné que les animaux étaient prêtés par un vétérinaire local et un autre a rapporté qu'ils provenaient d'un éleveur de chiens de race.

Thérapie par le mouvement

Huit répondants sur 98, dont des thérapeutes (62,5 %), des travailleurs sociaux (25 %) et des éducateurs spécialisés (12,5 %) ont spécifié l'utilisation de la thérapie par le mouvement. Toutefois, aucune infirmière n'y a recours. Son utilisation semble plus

fréquente au Lac-Saint-Jean (75 %) qu'au Saguenay (25 %). Les proportions par territoire sont : Domaine-du-Roy, 37,5 %; Jonquière, 25 %; Maria Chapdelaine, 25 %; Lac-Saint-Jean-Est, 12,5 %. Les groupes d'âge des utilisateurs sont les suivants: 35-39 ans (25 %), 40-44 ans (37,5 %) et 50-54 ans (37,5 %). La formation des répondants est de niveau collégial (62,5 %) ou acquise sur une base personnelle (37,5 %).

La thérapie par le mouvement s'adresse à tous les résidents (37,5 %) ou à une clientèle spécifique (62,5 %) qui présente de l'ankylose (20 %), un besoin de stimulation (20 %), un niveau de mobilité accru (20 %) ou des déficits cognitifs (20 %). Elle est utilisée lors de la physiothérapie dans 20 % des autres cas. Qu'elle soit offerte à tous les résidents ou à une clientèle spécifique, la durée est principalement de 30 minutes (62,5 %). Toutefois, chez la clientèle spécifique, elle peut être de 45 minutes (12,5 %), de 60 minutes (12,5 %) ou selon la tolérance du résident (12,5 %).

La fréquence d'utilisation diffère selon le type de clientèle visée. Lorsqu'elle est offerte à tous les résidents, cette thérapie est principalement effectuée aux 2 semaines (66,7 %) ou tous les jours (33,3 %), alors que pour la clientèle spécifique elle est offerte aux 2 jours (40 %) ou une fois par semaine (60 %).

Visualisation

Huit répondants sur 98 ont rapporté avoir recours à la visualisation, dont les infirmières (62,5 %), les travailleurs sociaux (25 %) et les thérapeutes (12,5 %). La visualisation semble plus employée dans la région du Lac-Saint-Jean (62,5 %) que dans celle du Saguenay (37,5 %). Les proportions par territoire sont : Jonquière, 37,5 %;

Domaine-du-Roy, 25 %; Maria Chapdelaine, 25 %; Lac-Saint-Jean-Est, 12,5 %.

L'utilisation de la visualisation semble plus fréquente par les répondants dans le groupe âgé de 50 à 54 ans (50 %). La formation des répondants en rapport avec cette thérapie est de niveau collégial (12,5 %), universitaire (37,5 %) ou acquise personnellement (50 %).

La visualisation est offerte à tous les résidents (37,5 %) et à une clientèle spécifique (62,5 %). Pour tous les résidents, la durée de la thérapie est fonction de la tolérance (33,3 %), ou est de 30 minutes (33,3 %) ou de 45 minutes (33,3 %). La fréquence d'utilisation est aux 2 semaines (66,7 %) ou autres (33,3 %). Parmi les caractéristiques chez la clientèle spécifique qui bénéficie de cette thérapie, on note les troubles anxieux (50 %), la raideur des membres (16,7 %), les soins palliatifs (16,7 %) ou au besoin (16,7 %). La clientèle spécifique reçoit la thérapie selon sa tolérance (25 %), jusqu'à ce qu'elle soit calme (12,5 %), au coucher (12,5 %), durant 10 à 15 minutes (12,5 %), 30 minutes (12,5 %), 45 minutes (12,5 %) ou lors des traitements de physiothérapie (12,5 %). Les fréquences qui ont été mentionnées pour cette clientèle spécifique sont : au besoin (25 %), aux 3 jours (25 %), aux 2 semaines (25 %), quelques fois durant l'année (12,5 %) ou autres (12,5 %).

Art-thérapie

Deux répondants sur 98, dont un au Saguenay et un au Lac-Saint-Jean, ont noté l'utilisation de l'art-thérapie dans leur pratique. Elle est utilisée par un technicien en loisir et un éducateur spécialisé dans les groupes d'âge 19-24 ans et 25-29 ans. La formation des répondants en rapport avec cette thérapie est de niveau collégial. Dans un cas, l'art-thérapie

visite tous les résidents de même qu'une clientèle spécifique atteinte de déficits cognitifs. La durée de la thérapie est alors de 60 minutes à une fréquence d'environ trois fois par année. Chez le second répondant, la séance est offerte aux 2 semaines à tous les résidents et dure 60 minutes.

Cette thérapie est aussi prodiguée par une ressource extérieure ($n = 1$) à toute la clientèle d'un CHSLD de la région du Saguenay. La séance est alors d'une durée de deux heures à raison d'une fois par semaine.

Thérapie par la danse

Cette thérapie a été mentionnée par trois répondants sur 98, dont deux éducateurs spécialisés et un technicien en loisir dans chacun des groupes d'âge suivants : moins de 25 ans, 25-29 ans et 40-44 ans. La formation des répondants en rapport avec la thérapie par la danse est de niveau collégial chez deux répondants et acquise sur une base personnelle chez le troisième répondant.

La durée de la thérapie est de 60 minutes lorsqu'elle est offerte à tous les résidents, et la fréquence est alors d'une fois par semaine ou d'une fois par mois. La clientèle spécifique, soit celle en perte d'autonomie, reçoit la thérapie par la danse à raison d'une fois par semaine et la durée respecte la tolérance du résident.

Aromathérapie, polarité et réflexologie

Chacune de ces thérapies est utilisée par deux répondants sur 98. Leurs caractéristiques seront formulées plus globalement.

Aromathérapie. Un éducateur spécialisé dans le groupe d'âge des 45-49 ans de la région du Saguenay a noté que cette thérapie, d'une durée de 60 minutes, était offerte à toute la clientèle à raison d'une fois par semaine. Une infirmière de la région du Lac-Saint-Jean souligne son utilisation auprès d'une clientèle spécifique en soins palliatifs ou présentant des signes de dépression et de l'anxiété. L'aromathérapie est donnée au besoin et selon la tolérance du client. Les deux répondants ont spécifié avoir développé cette thérapie par une formation acquise sur une base personnelle.

Polarité. Elle est prodiguée par deux thérapeutes de la région du Saguenay, dont l'un se situe dans le groupe d'âge des 40-44 ans et l'autre dans le groupe d'âge des 50-54 ans. Cette thérapie est présentée à une clientèle spécifique lors de traitements de physiothérapie ou souffrant de douleurs musculaires. Dans les deux cas, la durée de la thérapie est de 30 minutes à une fréquence d'une fois par semaine. La formation des répondants en rapport avec cette thérapie est de niveau collégial.

Réflexologie. Une infirmière de la région du Saguenay, dans le groupe d'âge des 50-54 ans, l'utilise auprès d'une clientèle spécifique présentant de la douleur. Cette thérapie est offerte fréquemment et la durée varie selon le temps disponible. Sa formation en rapport avec cette thérapie a été acquise sur une base personnelle. De plus, dans un autre CHSLD participant, des séances de réflexologie sont données par une ressource extérieure à raison d'une fois par semaine pour une durée d'environ 60 minutes.

Couleur, méditation, toutouthérapie et yoga

Chacune de ces thérapies a été mentionnée qu'une seule fois par les répondants. La clientèle visée, la durée et la fréquence de ces thérapies seront décrites de même que le titre de l'emploi et la formation des répondants. Toutefois, dans le but de conserver l'anonymat de ces derniers, les autres données concernant la région, le territoire ainsi que le groupe d'âge ne sont pas révélées.

Couleur. La thérapie par la couleur est offerte à une clientèle spécifique présentant de la douleur. Les séances sont étalées tout au long de la journée. Elle est prodiguée par une infirmière qui a acquis cette formation au niveau universitaire.

Méditation. La méditation est proposée à toute la clientèle d'un CHSLD pour une durée de 30 minutes et ce, une fois par mois. Elle est offerte par un éducateur spécialisé qui l'a développée par des formations personnelles.

Toutouthérapie. Cette thérapie est utilisée par une infirmière auprès de la clientèle présentant des déficits cognitifs. Elle est employée tous les jours, principalement le soir et selon la tolérance du résident. Elle a été développée de manière autodidacte.

Yoga. Une séance de yoga d'une durée de deux heures est offerte à toute la clientèle d'un CHSLD et ce, toutes les 2 semaines. C'est une ressource extérieure qui la présente avec l'aide de l'animateur en loisir du centre.

Voilà qui complète la liste des résultats des 16 thérapies complémentaires et alternatives de soins utilisées par les professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

CINQUIÈME CHAPITRE

DISCUSSION

La discussion des résultats obtenus par cette étude est présentée sous forme de constats suivis d'une critique de la démarche de recherche. Des recommandations découlant de cette recherche, les limites de l'étude, les retombées attendues et la diffusion des résultats complèteront ce chapitre.

Constats

Le taux de réponse obtenu dans cette recherche a été de 42,6%. Ce taux peut être considéré comme acceptable car selon Fortin et al. (2006), un taux de réponse se situe en moyenne entre 25% et 30% pour les questionnaires envoyés par la poste. Dans la présente étude, dans le but de maximiser la participation des répondants, les questionnaires complétés étaient remis dans des boîtes laissées dans chacun des centres pendant la durée de l'enquête puis ramassées à la date indiquée dans une lettre de relance. Toutefois, on peut présumer que les professionnels ayant répondu aux questionnaires de recherche sont probablement ceux qui utilisaient les thérapies complémentaires et alternatives de soins auprès des résidents en CHSLD et qu'une plus large proportion qui ne les utilisait pas, n'a probablement pas considéré la nécessité de compléter le questionnaire de recherche.

Les résultats de cette recherche démontrent qu'au moment de l'enquête, les thérapies complémentaires et alternatives de soins les plus fréquemment utilisées par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean étaient la massothérapie, la musicothérapie, la relaxation, le

toucher thérapeutique et la zoothérapie. Dans une proportion moindre, la thérapie par le mouvement, la visualisation, l'art-thérapie, la thérapie par la danse, l'aromathérapie, la polarité, la réflexologie, la thérapie par la couleur, la méditation, la toutouthérapie et le yoga ont aussi été cités. Les caractéristiques relatives à l'utilisation de ces diverses thérapies auprès de la clientèle sont décrites dans la section portant sur les résultats.

Les résultats obtenus dans cette recherche montrent que les infirmières travaillant auprès de la clientèle dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean utilisent principalement les outils complémentaires de soins recommandés par l'OIIQ, soit le massage, le toucher thérapeutique de même que la relaxation et la visualisation. De plus, la musicothérapie est une approche alternative qui est favorisée par ces professionnelles. Couillard (2002) souligne que de nombreuses infirmières démontrent un intérêt pour les pratiques complémentaires de soins et les thérapies alternatives qui préconisent une approche holistique à l'égard du client. Dans l'ensemble, les thérapies complémentaires se fondent sur la globalité des individus et reposent sur le lien étroit entre le corps et l'esprit (Aubin, Verreault, Savoie, & Proulx, 2006). De plus, ces stratégies non pharmacologiques ont souvent une action bénéfique et renforcent celle des médicaments. Les infirmières peuvent se familiariser avec ces approches pour les ajouter aux pratiques habituelles de soins et ainsi venir en aide aux résidents dont elles ont la charge. Rogers (citée dans Madrid & Winstead-Fry, 2001) déclarait que les pratiques de soins de l'avenir seront caractérisées par l'utilisation d'approches non envahissantes.

Plusieurs thérapies offertes par des ressources extérieures aux CHSLD ont fait l'objet d'une analyse spécifique, car elles ne sont pas prodiguées par un professionnel

travaillant officiellement dans un CHSLD de la région. Le fait d'offrir certaines thérapies par des ressources extérieures aux CHSLD va dans le sens des recommandations de l'OIIQ dans son mémoire portant sur les thérapies alternatives présenté à la Commission des affaires sociales (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, 1993). En effet, l'OIIQ y soulignait qu'il fallait rendre les pratiques complémentaires de soins accessibles dans les centres de soins de longue durée. Ces services doivent être disponibles aux personnes qui en font la demande.

En ce qui concerne le massage qui est la thérapie la plus utilisée dans les CHSLD, les résultats de cette enquête révèlent que ce sont majoritairement des infirmières qui l'utilisent dans leur pratique, suivies des thérapeutes et des éducateurs spécialisés. Selon Savatofski (1999), de nombreux auteurs s'accordent pour préconiser le toucher et le massage comme interventions spécifiques à l'infirmière et, par extension, aux autres soignants. Pour la plupart des infirmières ayant participé à la présente recherche, la formation en rapport avec le massage a été acquise de façon personnelle plutôt qu'aux niveaux collégial ou universitaire. La présente enquête n'a pas permis de connaître le type de formation personnelle en relation avec la thérapie utilisée.

Le massage est un outil complémentaire de soins recommandé aux infirmières dans leur pratique par l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (1993). Dans le cadre des programmes de formation destinés aux infirmières, l'enseignement de cette thérapie est de courte durée. Par exemple, à l'UQAC au niveau du baccalauréat en sciences infirmières (cheminement formation intégrée et perfectionnement), trois heures de formation pratique sont consacrées au massage dans le cours « Maladies chroniques et pratiques de soins

holistiques ». Toutefois, ce cours familiarise les étudiants (es) aux diverses approches complémentaires et alternatives de soins dans le but d'intervenir auprès de partenaires de soins aux prises avec une maladie chronique. Au Cégep de Chicoutimi, après la révision du programme collégial en techniques infirmières, les cours portant sur les pratiques complémentaires de soins ont été interrompus en 2001, lors de la mise en application du nouveau programme de l'approche par compétences. Le Cégep de Jonquière, pour sa part, présente environ trois heures de cours en méthodes alternatives expérientielles lors de la troisième année de formation en soins infirmiers. Le Collège d'Alma offre 15 heures d'enseignement théorique et pratique sur les thérapies complémentaires et alternatives telles que le massage, le toucher thérapeutique, la relaxation et le yoga. Le Cégep de Saint-Félicien n'enseigne pas de formation spécifique en rapport avec les approches complémentaires et alternatives de soins dans leur programme de soins infirmiers.

Les étudiants en réadaptation physique du Cégep de Chicoutimi bénéficient de 45 heures de cours en massothérapie, en relaxation et en hydrothérapie. Les étudiants en éducation spécialisée du Cégep de Jonquière ne reçoivent pas de formation spécifique en rapport avec les approches complémentaires.

Au Québec, pour obtenir le titre de massothérapeute selon les nouvelles normes de formation de la Fédération québécoise des massothérapeutes (2007b), il faut avoir reçu le titre de praticien, lequel exige 400 heures de formation, et, par la suite, le cumul de 1000 heures de formation. Le praticien possède une formation de base qui lui permet de réaliser professionnellement un massage selon la technique de son choix. Toutefois,

l'obtention du titre de massothérapeute permet au praticien d'étudier les aspects thérapeutiques du massage dans le cadre d'une approche holistique de la santé.

En France, la pratique des massages est en théorie réservée aux masseurs kinésithérapeutes (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006). Ils en revendiquent le monopole, car ils considèrent qu'ils possèdent les compétences pour effectuer un massage thérapeutique. Ils ont intenté des poursuites en justice contre les infirmières pour exercice illégal de la pratique du massage (Maraschin, 2004). Selon l'avocate Isabelle Robard, spécialiste en droit de la santé en France, le massage effectué par un kinésithérapeute a pour objectif de rétablir et de maintenir les capacités fonctionnelles d'une personne ou d'y suppléer. Elle ajoute que l'infirmière ne peut revendiquer un objectif thérapeutique pour des séances de toucher-massage (Maraschin, 2004).

La durée du massage a aussi un effet non négligeable sur son efficacité. La durée d'une séance de massage peut aller de 15 minutes à une heure, voire 1 h 30, selon le type de massage et l'objectif poursuivi (Célestin-Lhopiteau & Thibault-Wanquet, 2006). Le massage, effectué lors de la mise en nuit ou d'un changement de position, apporte des bénéfices pour le résident mais n'a pas le même effet que celui reçu sur une période plus longue et donné par un professionnel ayant une formation appropriée. Weis (1979), cité dans Malaquin-Pavan (1997), mentionne que de courtes périodes de toucher ne représentent pas un temps suffisant pour obtenir un niveau d'intégration tactile significatif. Par contre, de plus longues périodes permettent une connaissance plus détaillée du corps et des frontières du client.

L'approche lors du massage est importante, car une intervention trop brusque peut causer une résistance musculaire. Selon Aubin et al. (2006), la responsabilité de la massothérapie incombe à un massothérapeute reconnu lorsqu'elle est indiquée dans les cas de douleurs aiguës et chroniques, particulièrement les lombalgies.

La musicothérapie est la deuxième thérapie la plus utilisée dans les CHSLD de la région. Selon Léveillé (2006), cette approche thérapeutique suscite un grand intérêt tant chez les scientifiques et les cliniciens que chez les infirmières. Les résultats de plusieurs études en démontrent les bienfaits physiques, psychologiques et sociaux. De plus, la musicothérapie est un outil thérapeutique permettant de maintenir, de rétablir et d'améliorer la santé physique et mentale des résidents dans les CHSLD. L'utilisation systématique de la musique peut produire un état de relaxation de même que des changements sur les plans émotionnel, comportemental et physiologique (Dossey et al., 2000).

La musique est un moyen d'expression prodigieux, qui a le pouvoir d'ensorceler, de ressourcer, d'émouvoir et de guérir (Campbell, 1998). L'écoute de la musique peut être une expérience holistique, car l'écoute de certaines variétés musicales à différents moments de la journée et de la semaine peut permettre de réduire le stress et d'être une source de guérison (Dossey et al., 2000). La musicothérapie est efficace pour contrer les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence tels que l'agitation, et réduit les symptômes de l'anxiété et de la dépression (Léveillé, 2006). Les résultats de la présente enquête révèlent que la musicothérapie est offerte dans les cas d'agitation, de troubles cognitifs et de problèmes de santé mentale.

En ce qui concerne le toucher thérapeutique, il est principalement utilisé par les infirmières pour diminuer la douleur, l'anxiété et l'agitation de même que dans le cadre des soins palliatifs. Selon les recherches de Krieger (2006), la première réponse du patient lors du toucher thérapeutique est la relaxation, qui se manifeste après seulement deux à trois minutes de traitement. De plus, on a constaté d'un point de vue clinique une importante diminution de la douleur à la suite du toucher thérapeutique. Les malades en phase terminale qui sont libérés du stress consécutif à une douleur persistante sont en mesure d'entamer une transition paisible vers la mort. Aubin et al. (2006) soulignent que le toucher thérapeutique favorise la relaxation, diminue la douleur et améliore les capacités fonctionnelles des résidents, car cette thérapie permet la libre circulation de l'énergie corporelle.

Quoique le toucher thérapeutique soit enseigné dans plus de 80 universités aux États-Unis, dans d'innombrables hôpitaux et autres établissements de soins et dans 67 pays à travers le monde (Krieger, 2006), les résultats de la présente recherche montrent que les infirmières qui l'utilisent dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean ont acquis leur formation de façon autodidacte dans 50 % des cas.

La thérapie assistée par l'animal est utilisée dans 12 sur les 21 CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, soit dans plus de la moitié des centres ayant participé à cette enquête. Selon Bernatchez (2000), la zoothérapie constitue une stratégie d'intervention privilégiée pour la clientèle âgée vivant en établissement et qui souffre d'isolement, car elle permet d'alléger la solitude des aînés dans les CHSLD. Malgré que le recours à un consultant professionnel détenant les connaissances en comportement animal, en

zoothérapie ou en implantation de programmes d'intervention s'avère le choix le plus judicieux, la zoothérapie peut prendre plusieurs formes (Bernatchez & Brousseau, 2006). Elle peut consister en une simple visite d'un animal familier accompagné d'un bénévole, en l'implantation plus complexe d'un programme d'intervention en zoothérapie ou encore en la présence d'un animal résidant dans une unité. Dans la présente enquête, la zoothérapie est principalement effectuée par des ressources extérieures qui amènent des animaux dans le CHSLD, dont des chiens.

Un seul CHSLD de la région offre des séances de yoga à l'ensemble des résidents. Selon certains auteurs, le yoga aurait des effets bénéfiques sur l'équilibre et la flexibilité des personnes âgées (Oken et al., 2006). Cette gymnastique douce est bienfaisante pour le corps et l'esprit et les mouvements sont d'une telle simplicité que ni la raideur du corps, ni l'âge, ni la maladie, ni l'invalidité ne sauraient être des obstacles rédhibitoires (Bradford, 1997).

Les réponses attendues aux questionnaires de recherche devaient servir à vérifier les fréquences d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins. Toutefois, plusieurs répondants ont complété le questionnaire sociodémographique en spécifiant qu'ils n'utilisaient aucune thérapie. Leurs données sociodémographiques ont été incluses dans la banque de données des résultats permettant de montrer le profil global des répondants à cette recherche.

Certains répondants ont précisé l'utilisation de thérapies complémentaires et alternatives auprès de la clientèle fréquentant les centres de jour ($n = 5$). Ces informations

n'ont pas été comptabilisées dans les résultats de l'enquête, car ils ne répondaient pas aux critères de la recherche, soit la clientèle vivant dans un CHSLD.

Pour certaines thérapies dont le taux d'utilisation était très bas, des analyses statistiques ont été effectuées à partir de croisements entre les variables de la durée de la thérapie et celles de la clientèle visée de même que de la fréquence d'utilisation en relation avec la clientèle visée. Par contre, pour les thérapies dont les taux d'utilisation étaient élevés, ces analyses auraient dépassé le cadre actuel de cet essai de maîtrise. Toutefois, la présentation de ces résultats pourrait faire l'objet d'un projet ultérieur.

Critique de la démarche

Dans l'ensemble, le but de cette recherche a été atteint, car cette dernière a permis de décrire l'utilisation actuelle des thérapies complémentaire et alternatives de soins par les infirmières et autres professionnels ciblés travaillant dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Toutefois, des responsables en CHSLD ont fait remarquer l'absence de définitions portant sur les thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les questionnaires de recherche. L'ajout de ces définitions aurait alourdi le document remis aux répondants et risqué de faire perdre l'intérêt à remplir les questionnaires en raison de son ampleur. Malgré cela, une liste des thérapies avec les définitions correspondantes aurait pu être remise à chaque responsable du CHSLD pour une éventuelle consultation par les répondants.

Dans le questionnaire sociodémographique, le sexe des répondants n'était pas demandé mais celui-ci a pu être identifié suite à l'inscription du titre d'emploi chez 70

répondants sur 98. De même, la classification était complétée par groupes d'âge plutôt que par l'âge exact. L'obtention de réponses plus complètes à ces données aurait permis de faire des analyses statistiques complémentaires.

Dans la section « Autres thérapies » du questionnaire de recherche, il est probable que le fait d'avoir cité uniquement l'exemple de la zoothérapie ait été insuffisant. Des thérapies auraient peut-être été nommées si elles avaient été inscrites à titre d'exemple, telles la prière ou la thérapie par la poupée.

Recommandations

Les résultats obtenus dans cette recherche permettent de connaître l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Les recommandations portent sur la poursuite des recherches relatives aux thérapies complémentaires et alternatives de soins auprès de la clientèle âgée vivant en établissement pour évaluer l'efficacité et les bienfaits de ces thérapies. Il faut encourager la recherche et promouvoir l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins auprès de la clientèle des CHSLD par des formations données aux membres du personnel ou en fournissant à ces derniers des documents qui les renseignent sur ces thérapies, de même que par la reconnaissance de certaines thérapies favorables à la clientèle âgée. De plus, il est important d'encourager les échanges entre les membres du personnel des divers centres de soins de longue durée soit par des rencontres d'information ou par des visites dans les autres centres lors de l'utilisation de certaines thérapies. Cette façon de procéder faciliterait le transfert des connaissances et stimulerait leur utilisation.

L'intégration de ressources professionnelles extérieures aux CHSLD pour offrir certaines thérapies bénéfiques aux personnes âgées serait une autre alternative intéressante à envisager.

Limites de l'étude

L'étude étant limitée aux centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, les résultats relatifs à l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans la région ne peuvent être généralisés à l'ensemble du Québec. Toutefois, l'ensemble des CHSLD de la région a été sollicité dans le but d'obtenir des données probantes sur l'utilisation actuelle des thérapies complémentaires et alternatives dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée.

Retombées attendues

La diffusion du portrait de l'utilisation actuelle des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean devra offrir des retombées sur quatre dimensions de la pratique infirmière:

- le partage des connaissances entre les membres du personnel dans les différents centres relativement aux thérapies utilisées dans d'autres milieux;
- la recherche, car cette étude présente des données probantes sur l'utilisation actuelle de ces thérapies;

- l'enseignement grâce à la diffusion de l'information auprès de la clientèle en soins infirmiers de niveau universitaire dans le cadre de certains cours;
- la gestion des soins infirmiers puisque les décideurs et les gestionnaires seront informés sur l'utilisation de ces thérapies dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Diffusion des résultats

La consultation en ligne du texte intégral de cet essai sera disponible sur le site de la bibliothèque de l'UQAC au <http://www.uqac.ca> sur le portail « Mémoires et thèses ». Les responsables des CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean pourront y accéder en tout temps. Un rapport sommaire décrivant les principaux résultats de cette étude leur sera aussi envoyé.

Le Colloque régional en sciences infirmières tenu le jeudi 26 avril 2007 a été la première tribune de présentation des résultats de cette recherche dans un atelier portant sur les soins holistiques. Ce colloque avait pour but, entre autres, de créer un espace de partage des projets par les infirmières en formation à l'UQAC.

Une séance de communication par affichage a été tenue lors du congrès de l'OIIQ au début du mois de novembre 2007. Des publications dans des revues pourraient éventuellement être réalisées.

CONCLUSION

Cette recherche visait à décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les CHSLD de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean, car aucune donnée probante n'avait été répertoriée sur le sujet. Les résultats obtenus par cette étude descriptive de type enquête effectuée à l'aide de questionnaires de recherche distribués dans 21 CHSLD de la région ont permis de découvrir que le massage, la musique, la relaxation, le toucher thérapeutique de même que la zoothérapie sont les thérapies les plus fréquemment utilisées auprès de la clientèle des CHSLD. Les données recueillies pour chacune de ces thérapies ont fait connaître la clientèle visée, la durée et la fréquence d'utilisation de ces dernières de même que la formation des répondants en rapport avec la thérapie utilisée. De plus, les caractéristiques sociodémographiques des répondants ont été analysées en fonction des thérapies ciblées dans leur pratique.

Les résultats obtenus dans la présente enquête ne peuvent être généralisés à l'ensemble des régions du Québec. Toutefois, selon Fortin et al. (2006), les recherches descriptives ouvrent la voie à des études plus approfondies. De telles recherches permettraient entre autres de vérifier les bienfaits à court et à moyen terme de ces thérapies auprès de la clientèle vivant dans les CHSLD.

Les perspectives futures en matière de thérapies complémentaires et alternatives de soins sont nombreuses, car l'intérêt des professionnels pour ces dernières est récent. Les recherches et l'augmentation de la fréquence d'utilisation de nombreuses thérapies

favoriseront leur expansion et ce, pour le grand bénéfice des personnes âgées vivant dans les CHSLD.

RÉFÉRENCES

- Agence de santé publique du Canada. (2004). *Qu'est-ce que les approches complémentaires et parallèles en santé?* Ottawa, Ontario.
- Allard, N., & Landry, S. (1998). À la découverte du modèle de Martha Rogers. *L'infirmière du Québec*, 5(4), 34-42.
- Arsenault, P. (2006). *Les MAC et la médecine conventionnelle: Vers une vision intégrée*. Conférence présentée par le Centre de formation continue, Les médecines alternatives et complémentaires (MAC) en pratique: Être bien renseigné(e) pour mieux conseiller. Université de Sherbrooke.
- Asselin, G., & Blanchet, C. (2006a). *Danse-thérapie*. Récupéré le 23 septembre 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=danse_therapie_th.
- Asselin, G., & Blanchet, C. (2006b). *Homéopathie*. Récupéré le 23 février 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=homeopathie_th.
- Asselin, G., & Blanchet, C. (2007). *Luminothérapie*. Récupéré le 19 avril 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=luminotherapie_th.
- Asselin, G., Dodin, S., & Bujold, M. (2005). *Tai-chi*. Récupéré le 12 octobre 2006 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=tai_ji_quan_th.
- Association des acupuncteurs du Québec. (2004). *Qu'est-ce que l'acupuncture?* Récupéré le 20 mars 2007 de <http://www.acupuncture-quebec.com/acupuncteurs.html>.
- Association des art-thérapeutes du Québec. (2007). *Qu'est-ce que l'art-thérapie?* Récupéré le 03 septembre 2007 de <http://www.aatq.org/fr/>.
- Association des chiropraticiens du Québec. (2007). *Qu'est-ce qu'un chiropraticien?* Récupéré le 02 octobre 2007 de <http://www.chiropratique.com/v2/Afficher.aspx>.
- Association française de musicothérapie. (2007). *Musicothérapie*. Récupéré le 12 septembre 2007 de <http://www.musicotherapie-afm.net/index.php>.
- Association québécoise d'établissements de santé et des services sociaux. (2006). *Rapport annuel 2005*. Récupéré le 04 octobre 2006 de <http://www.aqesss.qc.ca/>.

- Aubin, M., Verreault, R., Savoie, M., & Proulx, S. (2006). La douleur. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 289-299). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Ballard, C. G., O'Brien, J. T., Reichelt, K., & Perry, E. K. (2002). Aromatherapy as a safe and effective treatment for the management of agitation in severe dementia: The results of a double-blind, placebo-controlled trial with Melissa. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 63(7), 553-558.
- Banks, M. R. (1998). *The effects of animal-assisted therapy on loneliness in an elderly population in long-term care facilities*. Thèse de doctorat inédite, Louisiana State University.
- Barry, S. (2006). *La réflexologie à la portée de tous*. Outremont, Québec: Les Éditions Quebecor.
- Belin, B. (2000). *Animaux au secours du handicap*. Paris: L'Harmattan.
- Bernatchez, A. (1999). Le rôle modérateur de l'animal sur les comportements perturbateurs des personnes âgées présentant des déficits cognitifs. *La Gérotoise*, 10(2), 28-31.
- Bernatchez, A. (2000). La thérapie assistée par l'animal (T.A.A.) en tant qu'approche d'intervention auprès des personnes âgées vivant l'expérience de la solitude en institution. *La Gérotoise*, 11(1), 17-19.
- Bernatchez, A. (2001). Les bienfaits de la thérapie assistée par l'animal auprès d'une population de personnes âgées atteintes de la démence de type Alzheimer. *L'Accolade*, 4(1).
- Bernatchez, A. (2007). *Zoothérapie Québec - Dossier: Le rôle de l'animal auprès des personnes âgées avec déficits cognitifs*. Récupéré le 23 avril 2007 de http://www.zootherapiequebec.ca/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=75.
- Bernatchez, A., & Brousseau, C. (2006). La zoothérapie. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 479-487). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Boisvert, M. (2006). *Guide actuel des produits naturels: Homéopathie, phytothérapie, aromathérapie, oligo-éléments*. Montréal: Edimag.
- Bonadonna, R. (2003). Meditation's impact on chronic illness. *Holistic Nursing Practice*, 17(6), 309-319.

- Bourque, M., & Voyer, P. (2006). La gestion des symptômes psychologiques et comportementaux de la démence. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 355-374). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Bradford, N. (1997). *Le guide des médecines complémentaires*. Paris: Celiv.
- Bright, A. (2002). *Holistic health and healing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Bright, A., Andrus, V., & Lunt, J. Y. (2002). Health, healing and holistic nursing. Dans M. A. Bright (Éd.), *Holistic health and healing* (pp. 33-45). Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Calvé, J., de Cotret, L. R., Barré, P., & Marc, I. (2006). *Biofeedback*. Récupéré le 23 avril 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=biofeedback_th.
- Campbell, D. G. (1998). *L'effet Mozart: Les bienfaits de la musique sur le corps et l'esprit*. Montréal: Le Jour.
- Canadian Holistic Nurses Association. (2006). *Canadian Holistic Nursing Practice Standards*. Récupéré le 10 septembre 2007 de http://www.chna.ca/about_us.htm.
- Carnie, L. V. (1998). *Qi Gong*. Montréal: Les Éditions de l'Homme.
- Célestin-Lhopiteau, I., & Thibault-Wanquet, P. (2006). *Guide des pratiques psychocorporelles*. Paris: Masson.
- Chen, M. L., Lin, L. C., Wu, S. C., & Lin, J. G. (1999). The effectiveness of acupuncture in improving the quality of sleep of institutionalized residents. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 54(8), 389-394.
- CHU de Rouen. (2007). *Thérapies complémentaires et alternatives*. Récupéré le 09 juillet 2007 de <http://www.chu-rouen.fr/ssf/ther/therapiescomplementairesetalternatives.html>.
- Color-Institute. (2002). *Couleur-thérapie*. Récupéré le 23 avril 2007 de <http://www.color-institute.com/Francais/Therapies/Therapiefr.html>.
- Concepts du sablier. (2007). *La thérapie par la poupée dans le respect et la dignité de vos résidents*. Récupéré le 22 février 2007 de http://www.sablier.com/fr/ca_therapiepoupee.asp.
- Condon, M. C. (2004). *Women's health: Body, mind, spirit, an integrated approach to wellness and illness*. Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

- Couillard, D. (2002). Pratiques complémentaires de soins et thérapies alternatives. Dans P. A. Potter & A. G. Perry (Éds.), *Soins infirmiers* (pp. 892-909). Laval, Québec: Éditions Études Vivantes.
- Damiani, C. (1995). *La médecine douce: Une analyse des pratiques holistes en santé*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- de Bruyn, T. (2001). Rapport d'étape: Questions de politiques associées aux approches complémentaires et parallèles en santé. Dans *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé*. Recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada. Ottawa, Ontario.
- De Palma, M. (2004). *Entre l'humain et l'animal*. Outremont, Québec: Les Éditions Quebecor.
- Dobbie, B. (2007). *About us*. Récupéré le 26 septembre 2007 de <http://www.chna.ca/aboutus.htm>.
- Dono, J. A. (2005). Introducing companion animals into nursing homes. *Nursing & Residential Care*, 7(6), 265-268.
- Dossey, B. M., Guzzetta, C. E., & Keegan, L. (2000). *Holistic nursing: A handbook for practice* (3e éd.). Gaithersburg, MD: Aspen Publishers.
- Dumoulin, L. (2002). *Le massage-minute pour prendre soin des personnes âgées*. Récupéré le 23 octobre 2007 de <http://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Nouvelles/Fiche.aspx?doc=2002052100>.
- Dumoulin, L., & de Cotret, L. R. (2004). *Ostéopathie*. Récupéré le 20 février 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=osteopathie_th.
- Ebersole, P., Hess, P., Touhy, T., & Jett, K. (2005). *Gerontological nursing healthy aging* (2e éd.). St-Louis, MO: Elsevier Mosby.
- Élie, M.-P. (2001). L'hypnose pour enrayer la douleur? L'idée fait son chemin... *Québec Science*, 40(1), 17-21.
- Epstein, G. (1991). *Visualisations de guérison: Le pouvoir de votre imagination au service de votre santé*. Genève-Bernex, Suisse: Éditions Jouvence.
- Fawcett, J. (2000). *Analysis and evaluation of contemporary nursing knowledge: Nursing models and theories*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

- Fédération francophone de yoga. (2007). *Quel yoga choisir?* Récupéré le 21 septembre 2007 de <http://www.federationyoga.qc.ca/page-yogas-corporel.html>.
- Fédération québécoise des massothérapeutes du Québec. (2007a). *Les bienfaits du massage*. Récupéré le 07 octobre 2007 de <http://www.fqm.qc.ca/fqmsitew.nsf/portail?readform&lg=fr>.
- Fédération québécoise des massothérapeutes du Québec. (2007b). *Nouveau programme de formation*. Récupéré le 21 avril 2007 de <http://www.fqm.qc.ca/fqmsitew.nsf/portail?readform&lg=fr>.
- Fine, A. H. (2000). *Handbook on animal-assisted therapy: Theoretical foundations and guidelines for practice*. San Diego, CA: Academic Press.
- Fontaine, K. L. (2005). *Complementary & alternative therapies for nursing practice* (2e éd.). Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.
- Fortier, S., Villeneuve, A., & Higgins, R. (2001). *La zoothérapie et les risques pour la santé humaine associés à la présence de chiens, de chats ou d'oiseaux en institution. Dossier: Guide de prévention des zoonoses et autres problèmes de santé en zoothérapie*. Récupéré le 04 juillet 2007 de http://www.zootherapiequebec.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=66&Itemid=47.
- Fortin, M. F. (1996). *Le processus de la recherche: De la conception à la réalisation*. Ville Mont-Royal, Québec: Décarie Éditeur.
- Fortin, M. F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Freeman, D. (2007). *Specialization program in holistic nursing*. Récupéré le 23 septembre 2007 de <http://www.chna.ca/specialization.htm>.
- Gasse, J.-M., & Guay, L. (1997). *Des modèles conceptuels en soins infirmiers* (2e éd.). Cap Rouge, Québec: Presses inter universitaires.
- Giasson, M., Leroux, G., Tardif, H., & Bouchard, L. (1999). Le toucher thérapeutique: Une nouvelle façon d'aider les personnes atteintes de démence de type Alzheimer. *L'infirmière du Québec*, 6(6), 38-47.
- Guay, M. (1999). *L'anatomie énergétique et la polarité*. Boucherville, Québec: Editions de Mortagne.

- Haber, J., & Singh, M. D. (2005). Legal and ethical issues. Dans Cameron, C., Singh, M.D., Lobiondo-Wood, G. & Haber, J. *Nursing research in Canada: Methods, critical appraisal, and utilization* (pp.119-144). Toronto: Mosby Elsevier.
- Hannemann, B. (2006). Creativity with dementia patients. Can creativity and art stimulate dementia patients positively? *Gerontology*, 52(1), 59-65.
- Holmes, C., Hopkins, V., Hensford, C., MacLaughlin, V., Wilkinson, D., & Rosenvinge, H. (2002). Lavender oil as a treatment for agitated behaviour in severe dementia: A placebo controlled study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17(4), 305-308.
- Huard, D. (2005). *Les huiles essentielles: L'aromathérapie* (3e éd.). Outremont, Québec: Les Éditions Quebecor.
- Institut de zoothérapie du Québec. (2005). *Différentes espèces animales*. Récupéré le 10 mai 2008 de <http://www.institutdezootheapie.qc.ca/animaux.asp>
- Institut de zoothérapie du Québec. (2007). *Accueil: La zoothérapie*. Récupéré le 15 avril 2007 de <http://www.institutdezootheapie.qc.ca/index.asp>.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., Duquette, A., & Major, F. (1994). *La pensée infirmière*. Laval, Québec: Éditions Études Vivantes.
- Kérouac, S., Pepin, J., Ducharme, F., & Major, F. (2003). *La pensée infirmière* (2e éd.). Laval, Québec: Beauchemin.
- Kovach, C.-R., Weissman, D.-E., Griffie, J., Matson, S., & Muchka, S. (1999). Assessment and treatment of discomfort for people with late-stage dementia. *Journal of Pain and Symptom Management*, 18, 412-449.
- Kozier, B., Erb, G., Berman, A., & Snyder, S. (2005). *Soins infirmiers : Théorie et pratique* (Vol. 1). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Krieger, D. (1998). *Guide du toucher thérapeutique*. Genève, Suisse: Vivez Soleil.
- Krieger, D. (2006). *Le guide du magnétisme*. Paris: Éditions J'ai lu.
- Kumar, A., Tims, F., Cruess, D., Mintzer, M., Ironson, G., Loewenstein, D., Cattani R., Fernandez JB., Eisdorfer C., Kumar M. (1999). Music therapy increases serum melatonin levels in patients with Alzheimer's disease. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(6), 49-57.
- Kusano, K. (2004). *The effectiveness of music therapy in reducing agitated behavior among Alzheimer's disease patients*. Mémoire de maîtrise inédit, California State University.

- Lalancette, M. (2004). *La polarité*. Récupéré le 10 septembre 2007 de http://www.passeportsante.net/fr/Therapies/Guide/Fiche.aspx?doc=polarite_th.
- Lauzon, S., & Adam, E. (1996). *La Personne âgée et ses besoins: Interventions infirmières*. Montréal: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Léveillé, L. (2006). La musicothérapie. Dans P. Voyer (Éd.), *Soins infirmiers aux aînés en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD* (pp. 489-494). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Lévesque-Barbès, H. (1984). Le toucher thérapeutique: Origine, fondements, apprentissage. *Infirmière canadienne*, 26(11), 17-19.
- Li, F., Fisher, K. J., Harmer, P., Irbe, D., Tearse, R., & Weimer, C. (2004). Tai chi and self-rated quality of sleepiness in older adults: A randomized controlled trial. *Journal of American Geriatrics Society*, 52(6), 892-900.
- Li, F., Harmer, P., Fisher, K. J., McAuley, E., Chaumeton, N., Eckstrom, E., Wilson, N. L. (2005). Tai chi and fall reductions in older adults: A randomized controlled trial. *The Journal of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(2), 187-194.
- Longpré, C. (2005). Approches complémentaires et parallèles en santé. Dans B. Kozier, G. Erb, A. Berman & S. Snider (Éds.), *Soins infirmiers: Théorie et pratique* (Vol. 1, pp. 299-324). Saint-Laurent, Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc.
- Madrid, M., & Winstead-Fry, P. (2001). Nursing research on the health patterning modalities of therapeutic touch and imagery. *Nursing Science Quarterly*, 14(3), 187-194.
- Malaquin-Pavan, É. (1997). Bénéfice thérapeutique du toucher-massage dans la prise en charge globale de la personne âgée démente. *Recherche en soins infirmiers*, (49), 11-66.
- Maraschin, J. (2004). L'essor du toucher-massage dans les soins. *Soins* (687), 12-13.
- Martin, F., & Brousseau, C. (1998). *La zoothérapie de A à Z*. Québec: Éditions du Renouveau pédagogique Inc. Récupéré le 21 octobre 2007 de <http://www.zootherapiequebec.ca/index.php?option=comcontent&task=view&id=42&Itemid=46>.
- Maxwell-Hudson, C. (2000). *Le bien-être au bout des doigts*. Paris: Hachette.
- McCloskey, J. C., & Bulechek, G. M. (1996). *Classification des interventions infirmières*. Montréal: Decarie.

- National Center for Complementary and Alternative Medicine. (2007). *What is CAM? Are complementary medicine and alternative medicine different from each other?* Récupéré le 09 juillet 2007 de <http://nccam.nih.gov/health/whatiscam/>.
- Nguven, Q. A., & Paton, C. (2007). *The use of aromatherapy to treat behavioural problems in dementia*. Récupéré le 25 novembre 2007 de <http://www3.interscience.wiley.com/cgi-bin/abstract/116326778/ABSTRACT>.
- Oken, B. S., Zajdel, D., Kishiyama, S., Flegal, K., Dehen, C., Haas, M., Kraemer, DF., Lawrence, J., Leyva, J. (2006). Randomized, controlled, six-month trial of yoga in healthy seniors: Effects on cognition and quality of life. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 12(1), 40-47.
- O'Mathuna, D. P., & Ashford, R. L. (2003). Therapeutic touch for healing acute wounds. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1987). *Les outils complémentaires de soins: Prise de position*. Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1993). *Les pratiques complémentaires de soins. Mémoire présenté à la Commission des affaires sociales dans le cadre des audiences publiques sur les thérapies alternatives*. Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2002). *L'exercice infirmier en soins de longue durée: Au carrefour du milieu de soins et du milieu de vie*. Montréal.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (2003). *Guide de l'application de la nouvelle loi sur les infirmières et les infirmiers et de la loi modifiant le Code des professions et d'autres dispositions législatives dans le domaine de la santé*. Montréal.
- Organisation mondiale de la santé. (2002). *Stratégie de l'OMS pour la médecine traditionnelle pour 2002-2005*. Genève, Suisse.
- Palo-Bengtsson, L., & Ekman, S. L. (1997). Social dancing in the care of persons with dementia in a nursing home setting: A phenomenological study. *Scholarly Inquiry for Nursing Practice*, 11(2), 101-118.
- Pelletier, E. A. (2002). *Dance movement therapy for persons with dementia of the Alzheimer type: A dynamical systems perspective of personhood*. Mémoire de maîtrise, University of Manitoba.
- Pitre, A. (1995). Maux chroniques: Aider les personnes âgées à soulager leur douleur. *L'infirmière du Québec*, 2(4), 21-22.

- Polit, D. F., & Hungler, B. P. (1999). *Nursing research: Principles and methods* (6e éd.). Philadelphia : Lippincott.
- Potter, P. A., Perry, A. G., Audet, P., & Lemire, C. (2005). *Soins infirmiers*. Laval, Québec: Beauchemin.
- Psychothérapie par l'art. (2006). *Le Soi appelle à notre plus grand épanouissement*. [Brochure]. Chicoutimi, Québec: Gagnon Sylvie.
- Rapin, R., Desaulles, C., Bron, S., Ducraux, S., Loevenbruck, J. L., & Steiner, H. (2003). Prendre soin par le toucher-massage. *Soins infirmiers*, 6, 46-49.
- Rémond, A. A. (1994). *Biofeedback, principes et applications*. Paris: Masson.
- Rogers, M. E. (1970). *An introduction to the theoretical basis of nursing*. Philadelphia: F.A. Davis Company.
- Rogers, M. E. (1994). Nursing science evolves. Dans M. Madrid & E. A. Manhart Barrett (Éds.), *Rogers' scientific art of nursing practice* (pp. 3-9). New York: National League for Nursing.
- Sanglier, I., & Sarazin, M. (2004). Le Tai chi chuan, travail corporel et cognitif de rééducation des patients atteints d'Alzheimer et de maladies apparentées. *Soins*, (685), 42-43.
- Santé Canada. (2005). *Les approches complémentaires et parallèles en santé... l'autre piste conventionnelle?* Récupéré le 22 mars 2006 de http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/pubs/hpr-rpms/bull/2003-7-complement/intro_f.html.
- Savatofski, J. (1999). *Pratiquer... le toucher masssage*. Paris: Editions Lamarre.
- Servais, P. M. (2000). *Larousse de l'homéopathie*. Paris: Larousse.
- Simington, J., & Laing, G. (1993). Effects of therapeutic touch on anxiety in the institutionalized elderly. *Clinical Nursing Research*, 2(4), 438-450.
- Snyder, M., & Lindquist, R. (2002). *Complementary/alternative therapies in nursing*. New York: Springer-Verlag.
- Sylvain, H. (2002). La vision holistique dans la pratique infirmière: Une question de... paradigme? *Infirmière canadienne*, 3(1), 9-12.
- Syndicat professionnel des homéopathes du Québec. (2007). *La méthode homéopathique*. Récupéré le 23 février 2007 de <http://www.sphq.org/index.php>.

- Tataryn, D., & Verhoef, M. J. (2001). Intégration de l'approche conventionnelle et des approches complémentaires et parallèles en santé: Vision d'une démarche. Dans *Perspectives sur les approches complémentaires et parallèles en santé. Recueil de textes préparés à l'intention de Santé Canada*. Ottawa, Ontario.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2006). *Nursing theorists and their work* (6e éd.). St-Louis, MO: Mosby Elsevier.
- Tow, D. (2006). Music is magic for residents with Alzheimer's. *Long Term Care Management*, 55(11), 40-41.
- Truchot, C. (1988). *La voie du yoga*. Paris: De Vecchi.
- Verhagen, A., Immink, M., van der Meulen, A., & Bierma-Zeinstra, S. (2004). The efficacy of Tai chi Chuan in older adults: A systematic review. *Family Practice*, 21(1), 107-113.
- Vink, A. C., Birks, J. S., Bruinsma, M. S., & Scholten, R. J. S. (2003). Music therapy for people with dementia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Voyer, P. (2006). *Soins infirmiers aux personnes en perte d'autonomie: Une approche adaptée aux CHSLD*. Saint-Laurent, Québec: Editions du Renouveau pédagogique Inc.
- Wang, C., Collet, J. P., & Lau, J. (2004). The effect of Tai chi on health outcomes in patients with chronic conditions: A systematic review. *Archives of Internal Medicine*, 164, 493-501.
- West, A. (2001). *Le toucher thérapeutique: Participer au processus naturel de guérison*. Montréal: Du Roseau.
- Wilkinson, S., Aldridge, J., Salmon, I., Cain, E., & Wilson, B. (1999). An evaluation of aromatherapy massage in palliative care. *Palliative Medicine*, 13(5), 409-417.
- Winstead-Fry, P., & Kijek, J. (1999). An integrative review and meta-analysis of therapeutic touch research. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 5(6), 58-67.
- Wold, G. (2004). *Basic geriatric nursing* (3e éd.). St. Louis, MO: Mosby.
- Woods, D., Craven, R., & Whitney, J. (2005). The effect of therapeutic touch on behavioral symptoms of persons with dementia. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 11(1), 66-74.
- Woods, D., & Dimond, M. (2002). The effects of the therapeutic touch on agitated behavior and cortisol in persons with Alzheimer's disease. *Biological Research for Nursing*, 4(2), 104-114.

Wright, J. (2000). *Réflexologie et acupression*. Montréal: Flammarion Québec.

Young, D., Apple, L., Jee, S., & Miller, E. (1999). The effects of aerobic exercise and Tai chi on blood pressure in older people: Results of a randomized trial. *Journal of the American Geriatrics Society*, 47(3), 277-284.

APPENDICES

APPENDICE A

LETTRE D'ENTENTE DE COLLABORATION

LETTRE D'ENTENTE DE COLLABORATION

Titre de l'étude : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Chercheure principale : Edith Bilodeau, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Chicoutimi

Autre collaborateur : Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, directrice du projet
Université du Québec à Chicoutimi

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

De nombreuses thérapies complémentaires et alternatives de soins sont reconnues pour leurs bienfaits auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Il n'y a pas de données actuelles sur l'utilisation de ces thérapies dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean car celles-ci n'ont jamais été répertoriées.

Le but de cette étude est de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins effectuée par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette recherche permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation actuelle de ces thérapies. Par la suite, cette information sera diffusée à l'ensemble des milieux en soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

L'étude se déroulera sur une période d'un mois. Vous êtes invités à collaborer à l'étude, car vous êtes responsable d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Si vous acceptez que votre centre participe à cette étude, vous devrez signer la présente lettre dont un exemplaire vous sera remis. Un texte publicitaire sera alors diffusé dans le centre pour informer et inviter les professionnels ciblés à participer à l'étude. Vous aurez la responsabilité de distribuer les formulaires d'information et les questionnaires à tous les professionnels ciblés tels que les infirmières et infirmiers ou autres professionnels travaillant dans le centre qui, d'une part, peuvent appliquer de telles approches dans leur pratique et qui d'autre part, possèdent l'autonomie professionnelle requise pour décider de proposer des interventions à la clientèle dans le CHSLD. Ces derniers seront invités à compléter deux questionnaires. Le premier questionnaire comporte différents choix de thérapies complémentaires et alternatives de soins. Ils devront indiquer celles qu'ils utilisent dans le cadre de leur travail et spécifier la clientèle visée, la durée de la thérapie et la fréquence d'utilisation pour chacune d'elles. Le deuxième questionnaire comporte des questions permettant de dresser un profil sociodémographique des participants à l'étude.

Remplir les questionnaires devrait prendre environ 20 minutes. Dans le but de conserver l'anonymat des répondants et la confidentialité des données, les questionnaires complétés devront être scellés immédiatement dans l'enveloppe jointe et vous être remis. Vous devrez faire parvenir l'ensemble des enveloppes-réponses à l'UQAC dans une enveloppe pré adressée à mon nom (Edith Bilodeau) ainsi qu'à celui de la directrice de recherche (Maud-Christine Chouinard) sous l'inscription : Confidentiel.

Les informations recueillies seront ensuite regroupées et analysées afin d'établir le profil d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

RISQUES

Cette étude ne comporte aucun risque pour les répondants au questionnaire de recherche.

BÉNÉFICES

L'avantage pour le répondant sera d'avoir participé à une recherche inédite qui aura permis de recueillir des informations sur les thérapies complémentaires et alternatives de soins. Les informations et données obtenues permettront de

reconnaître l'existence possible de ce type de pratique dans les différents centres. De plus, les décideurs et les gestionnaires seront informés sur les perspectives d'utilisation de ces thérapies.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Votre participation à cette étude est volontaire. Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Vous pouvez aussi mettre fin à votre participation à tout moment de votre choix, et ce, sans aucun préjudice.

Toutefois, les données qui auront été fournies ne pourront être détruites ou retirées du projet de recherche, puisqu'elles sont anonymisées et, par conséquent, impossibles à retracer.

CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre de cette étude (questionnaires) sont strictement confidentielles et ne pourront être utilisées qu'aux fins de la présente étude. En aucun temps votre identité ne sera divulguée.

Tous les résultats demeureront confidentiels et, lorsque les résultats de l'étude seront publiés, il n'y aura aucun moyen d'identifier le centre participant de même que les répondants à l'étude. Les données seront conservées dans un classeur sous clé au bureau de recherche de Mme Maud-Christine Chouinard, directrice de ce projet à l'Université du Québec à Chicoutimi, afin que personne ne puisse y avoir accès. Elles seront détruites 7 ans après la fin de l'étude.

Les Comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi auront également accès à ces dossiers de recherche afin de s'assurer du bon déroulement de l'étude.

COÛTS

Votre collaboration à l'étude n'exige aucun coût financier et aucune compensation monétaire ne vous sera versée.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Edith Bilodeau, au (418) 547-0805 ou avec Maud-Christine Chouinard, au (418) 545-5011 poste 5344.

Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité d'éthique de la recherche l'Université du Québec à Chicoutimi, Monsieur André Leclerc, 555, boul. de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5070 ou au Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi au 305, avenue Saint-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H 5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

SIGNATURE

- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.
- J'ai lu et je comprends le contenu de cette lettre.
- Je, soussigné(e), accepte que le centre d'hébergement et de soins de longue durée participe au présent projet de recherche.

Signature du responsable du CHSLD	Nom en lettres moulées	Date	Heure
-----------------------------------	------------------------	------	-------

Signature de l'étudiante	Nom en lettres moulées	Date	Heure
--------------------------	------------------------	------	-------

APPENDICE B

SIGNATURES POUR LE COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAC



Université du Québec à Chicoutimi

LETTRE D'ENTENTE DE COLLABORATION

Titre de l'étude : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Chercheure principale : Edith Bilodeau, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Université du Québec à Chicoutimi

Autre collaborateur : Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, directrice du projet
Université du Québec à Chicoutimi

SIGNATURE

- J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions voulues au sujet de cette étude et on y a répondu à ma satisfaction.
- J'ai lu et je comprends le contenu de cette lettre.
- Je, soussigné(e), accepte que le centre d'hébergement et de soins de longue durée participe au présent projet de recherche.

Signature du responsable du
CHSLD

Nom en lettres moulées

Date

Heure

Signature de l'étudiante

Nom en lettres moulées

Date

Heure

APPENDICE C

FORMULAIRE D'INFORMATION



Université du Québec à Chicoutimi

FORMULAIRE D'INFORMATION

TITRE DE L'ÉTUDE : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Chercheure principale : Edith Bilodeau, inf., étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Université du Québec à Chicoutimi

Autre collaborateur : Maud-Christine Chouinard, inf., PhD, directrice du projet

Université du Québec à Chicoutimi

DESCRIPTION DU PROJET DE RECHERCHE

De nombreuses thérapies complémentaires et alternatives de soins sont reconnues pour leurs bienfaits auprès de la clientèle âgée en perte d'autonomie. Il n'y a pas de données actuelles sur l'utilisation de ces thérapies dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean car celles-ci n'ont jamais été répertoriées.

Le but de cette étude est de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins effectuée par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Cette recherche permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation actuelle de ces thérapies. Par la suite, cette information sera diffusée à l'ensemble des milieux en soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Je remercie à l'avance tous les professionnels ciblés qui accepteront de participer à cette recherche.

DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE

Vous êtes invités à collaborer à l'étude car vous êtes un professionnel ciblé tel que infirmière, infirmier ou autre professionnel travaillant dans le centre qui, d'une part, peut appliquer de telles approches dans leur pratique et qui d'autre part, possède l'autonomie professionnelle requise pour décider de proposer des interventions à la clientèle dans le CHSLD.

Si vous acceptez de participer à cette étude, vous devrez compléter deux questionnaires. Le premier questionnaire comporte différents choix de thérapies complémentaires et alternatives de soins. Vous indiquez celles que vous utilisez dans le cadre de votre travail en spécifiant la clientèle visée, la durée de la thérapie et la fréquence d'utilisation pour chacune d'elles. Le deuxième questionnaire comporte des questions permettant de dresser un profil sociodémographique des participants à l'étude.

Remplir les questionnaires devrait prendre environ 20 minutes.

Dans le but de conserver l'anonymat des répondants et la confidentialité des données, les questionnaires complétés devront être scellés immédiatement dans l'enveloppe jointe et remise au responsable du CHSLD. Ce dernier fera parvenir l'ensemble des enveloppes-réponses à l'UQAC dans une enveloppe pré-adressée à mon nom (Edith Bilodeau) ainsi qu'à celui de la directrice de recherche (Maud-Christine Chouinard) sous l'inscription : Confidentiel.

Les informations recueillies seront ensuite regroupées et analysées afin d'établir le profil d'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

CONFIDENTIALITÉ

Les données recueillies dans le cadre de cette étude (questionnaires) sont strictement confidentielles et ne pourront être utilisées qu'aux fins de la présente étude. En aucun temps votre identité ne pourrait être divulguée.

Tous les résultats demeureront confidentiels et, lorsque les résultats de l'étude seront publiés, il n'y aura aucun moyen d'identifier le centre participant de même que les répondants à l'étude. Les données seront conservées dans un classeur sous clé au bureau de recherche de Mme Maud-Christine Chouinard, directrice de ce projet à l'Université du Québec à Chicoutimi, afin que personne ne puisse y avoir accès. Elles seront détruites 7 ans après la fin de l'étude.

Les Comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi auront également accès à ces dossiers de recherche afin de s'assurer du bon déroulement de l'étude.

RISQUES

Cette étude ne comporte aucun risque pour les répondants au questionnaire de recherche.

BÉNÉFICES

L'avantage pour le répondant sera d'avoir participé à une recherche inédite qui aura permise de recueillir des informations sur les thérapies complémentaires et alternatives de soins. Les informations et données obtenues permettront de reconnaître l'existence possible de ce type de pratique dans les différents centres. De plus, les décideurs et les gestionnaires seront informés sur les opportunités d'utilisation de ces thérapies.

COÛTS

Votre participation à l'étude n'exige aucun coût financier de votre part et aucune compensation monétaire ne vous sera versée.

PARTICIPATION VOLONTAIRE ET RETRAIT DE L'ÉTUDE

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette étude. Votre participation à cette étude est volontaire. Le fait de compléter les questionnaires et de les retourner à votre responsable du CHSLD constitue un consentement à la recherche. Les données qui auront été remises à votre responsable dans l'enveloppe scellée ne pourront être retirées du projet de recherche, puisqu'elles sont anonymisées et, par conséquent, impossibles à retracer.

PERSONNES RESSOURCES

Pour toute question concernant l'étude, vous pouvez communiquer avec Edith Bilodeau, au (418) 547-0805 ou avec Maud-Christine Chouinard, au (418) 545-5011 poste 5344. Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi. Pour toutes questions reliées à l'éthique et concernant le fonctionnement et les conditions dans lesquelles se déroule votre participation à ce projet, vous pouvez communiquer avec le Président du Comité d'éthique de la recherche l'Université du Québec à Chicoutimi, Monsieur André Leclerc, 555, boul. de l'Université, Chicoutimi (Québec) G7H 2B1, au numéro de téléphone (418) 545-5011 poste 5070 ou au Comité d'éthique de la recherche du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi au 305, avenue Saint-Vallier, Chicoutimi (Québec) G7H 5H6, au numéro de téléphone (418) 541-1234 poste 2369.

APPENDICE D

QUESTIONNAIRES DE RECHERCHE

Questionnaires de recherche

Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Présenté par
Edith Bilodeau inf.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Département des sciences humaines

Directives pour compléter les questionnaires :

- Cochez la case correspondante à la réponse choisie et fournir l'information demandée;
- Compléter l'Annexe A pour chaque thérapie utilisée;
- Pour obtenir des copies supplémentaires de l'Annexe A, veuillez vous informer auprès de : _____
situé au local : _____
- Les questionnaires complétés (questionnaire sociodémographique et Annexe A) devront être scellés immédiatement dans l'enveloppe jointe et celle-ci doit être remise à :
Nom du responsable du CHSLD : _____
- Confidentialité et anonymat : **Ne pas signer les questionnaires**

Merci pour votre précieuse collaboration à cette recherche.

Questionnaire sociodémographique

1. Indiquer votre classe d'âge :

- () 19 à 24 ans
- () 25 à 29 ans
- () 30 à 34 ans
- () 35 à 39 ans
- () 40 à 44 ans
- () 45 à 49 ans
- () 50 à 54 ans
- () 55 à 59 ans
- () 60 à 64 ans

2. Nommer votre titre d'emploi : _____

3. Indiquer le nombre d'années d'expérience dans votre profession : _____

4. Indiquer le nombre d'années d'expérience de travail en CHSLD : _____

5. Niveau de formation : Préciser :

() Collégial _____

() Universitaire (certificat, baccalauréat, maîtrise)

THÉRAPIES COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES DE SOINS

Parmi les approches complémentaires et parallèles suivantes, déterminez celles que vous utilisez auprès de la clientèle dans votre CHSLD? Pour chacune de celle utilisée, inscrire la clientèle visée, la durée de la séance et la fréquence d'utilisation (Annexe A).

Liste des approches complémentaires et parallèles en santé regroupées par catégories tel que défini par l'Agence de santé publique du Canada (2004)

1. Physiothérapie comprenant toutes les thérapies qui nécessitent des manipulations physiques, touchers ou exercices :
 - Acupression
 - Massages *
 - Médecine chiropratique
 - Réflexologie
 - Ostéopathie
 - Qi Gong
 - Tai chi (Tai Qi)
 - Technique d'Alexander
 - Yoga
2. Thérapies de l'énergie corporelle :
 - Acupuncture
 - Aromathérapie
 - Homéopathie
 - Photothérapie (ou luminothérapie)
 - Reiki
 - Thérapie par la couleur
 - Thérapie par la polarité
 - Toucher thérapeutique *
3. Traitements par la relation de l'esprit et du corps qui mettent l'accent sur la relaxation et le relâchement physique :
 - Art-thérapie
 - Imagerie guidée (visualisation) *
 - Hypnose
 - Méditation
 - Relaxation *
 - Rétroaction biologique (biofeedback) *
 - Thérapie par la danse ou le mouvement
 - Thérapie par la musique
4. Autres thérapies comme par exemple : zoothérapie...

* L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) a réitéré sa position dans son mémoire intitulé « Les pratiques complémentaires et alternatives de soins » selon laquelle les techniques de biofeedback, massage, relaxation, visualisation et toucher thérapeutique sont des outils complémentaires de soins que les infirmières peuvent décider d'utiliser de façon autonome, quel que soit leur lieu de travail et compte tenu de leur formation (OIIQ, 1993).

Références

- Agence de santé publique du Canada. (2004). *Quels sont les différents types d'approches complémentaires et parallèles en santé?* Ottawa, Ontario.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec. (1993). *Les pratiques complémentaires de soins. Mémoire présentée à la Commission des affaires sociales dans le cadre des audiences publiques sur les thérapies alternatives.* Montréal.

ANNEXE A

Pour chaque thérapie utilisée, veuillez répondre aux questions suivantes :

1. Nom de la thérapie utilisée:

2. Clientèle visée :

() Tous les résidents du CHSLD

() Clientèle spécifique. La nommer :

3. Durée de la thérapie :

() ½ heure

() ¾ heure

() 1 heure

() 2 heures

() Selon la tolérance du résident

() Autre (ex. : thérapie étalée sur diverses périodes dans la journée, lors d'un soin ou du bain). Spécifier :

4. Fréquence d'utilisation de la thérapie :

() Tous les jours

() Aux deux jours

() Aux trois jours

() Une fois par semaine

() Aux deux semaines

() Aux trois semaines

() Une fois par mois

() Quelquefois dans l'année. Indiquer le nombre de fois ()

() Autre. Spécifier : _____

5. Où avez-vous reçu la formation en rapport avec cette thérapie? Préciser :

() Par l'employeur dans le milieu de travail _____

() Formation personnelle _____

() Formation au niveau collégial _____

() Formation au niveau universitaire _____

() Autre _____

APPENDICE E

TEXTE PUBLICITAIRE



Recherche sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean

Le but de cette étude est de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins effectuée par les professionnels travaillant en centre de soins de longue durée dans la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Elle cherche à rejoindre le plus grand nombre de professionnels ciblés (infirmières et infirmiers ou autres professionnels travaillant dans le centre qui, d'une part, peuvent appliquer de telles approches dans leur pratique et qui d'autre part, possèdent l'autonomie professionnelle requise pour décider de proposer des interventions à la clientèle dans le CHSLD). Cette recherche permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation actuelle de ces thérapies.

Critères pour participer à cette recherche :

- Être un professionnel ciblé;
- Accepter de compléter deux questionnaires de recherche d'une durée maximale de 20 minutes. Ces questionnaires sont confidentiels et anonymes;
- Se procurer les questionnaires de recherche auprès du responsable du CHSLD.

Pour plus d'information, vous pouvez communiquer avec la responsable de la recherche :

Edith Bilodeau, inf.

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

Tél. : (418) 547-0805

Courriel : edith_bilodeau@uqac.ca

Cette recherche a été approuvée par les Comités d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Chicoutimi et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi.

APPENDICE F

APPROBATIONS ÉTHIQUES

Chicoutimi, le 28 avril 2006

Monsieur André Leclerc
Président
Comité d'éthique de la recherche
Université du Québec à Chicoutimi

Objet : Présentation du projet de recherche intitulé « Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean».

Monsieur le président,

Par la présente, je vous sou mets mon projet de recherche pour approbation éthique. Il a pour but de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins effectuée par les professionnels travaillant en centre de soins de longue durée dans la région du Saguenay– Lac-Saint-Jean.

Cette demande d'approbation éthique est considérée comme partie intégrante de mon projet de recherche lequel s'inscrit dans le cadre de mon programme d'études de deuxième cycle en sciences infirmières.

Vous trouverez ci-joint la demande de certification, le formulaire de déclaration de consentement, ma déclaration d'honneur ainsi que celle de ma directrice de recherche Maud-Christine Chouinard de même qu'une lettre de soutien à cette demande de certification éthique. De plus, un exemple des questionnaires de recherche a été joint. Toutefois, ceux-ci seront soumis pour validation auprès de professionnels. Les questionnaires finaux vous seront remis suite à cette révision.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande. Je vous prie de ne pas hésiter à me contacter si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires. Dans l'espoir d'une réponse positive de votre comité, je vous prie d'accepter, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments distingués.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc.Inf.(c)
Étudiante-chercheure
Département des sciences humaines

Chicoutimi, le 07 septembre 2006

Comité d'évaluation scientifique
Comité d'éthique de la recherche des projets de recherche
Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi

Objet : Présentation du projet de recherche intitulé « Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean».

Mesdames,
Messieurs,

Par la présente, je vous sou mets mon projet de recherche pour approbation éthique. Il a pour but de décrire l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins effectuée par les professionnels travaillant en centre d'hébergement de longue durée dans la région du Saguenay– Lac-Saint-Jean.

Cette demande d'approbation éthique est considérée comme partie intégrante de mon projet de recherche lequel s'inscrit dans le cadre de mon programme d'études de deuxième cycle en sciences infirmières à l'Université du Québec à Chicoutimi.

Vous trouverez ci-joint le formulaire principal Essai académique, le protocole de la recherche proposée, le formulaire de déclaration de consentement à la recherche, le formulaire d'information pour les répondants, ma déclaration d'honneur ainsi que celle de ma directrice de recherche Maud-Christine Chouinard de même que mes questionnaires de recherche. Toutefois, ces derniers sont actuellement soumis à une dernière validation auprès d'un troisième professionnel expert. Les questionnaires finaux vous seront remis suite à cette révision.

Je vous remercie à l'avance de l'attention que vous porterez à cette demande. Je vous prie de ne pas hésiter à me contacter si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires. Dans l'espoir d'une réponse positive de vos comités, veuillez accepter, Mesdames, Messieurs, l'expression de mes sentiments distingués.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc.Inf.(c)

APPENDICE G

LETTRE À L'AGENCE RÉGIONALE DE LA SANTÉ
(AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN)

Jonquière, le 27 novembre 2006

Madame Hélène Soucy
Agente de planification, programmation et recherche
Agence de la santé et des services sociaux du Saguenay–Lac-Saint-Jean
930, rue Jacques-Cartier Est
Chicoutimi (Québec) G7H 7K9

Madame,

Dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), j'effectue un projet de recherche intitulé : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce projet a reçu les approbations éthiques de l'UQAC et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (CSSSC).

Ce projet permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels ciblés travaillant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) car celles-ci n'ont jamais été répertoriées et par la suite, diffuser cette information à l'ensemble des milieux en soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La présente a pour but de vous informer que je rencontrerai au cours de la prochaine semaine, tous les responsables des CHSLD de la région pour leur expliquer mon projet de recherche et obtenir une entente de collaboration écrite à cette étude.

Vous trouverez ci-joint une copie des documents qui leurs seront remis tels que la lettre d'entente de collaboration, le formulaire d'information pour les répondants, le texte publicitaire qui sera affiché dans le CHSLD participant, les questionnaires de recherche de même que les approbations éthiques de l'UQAC et du CSSSC.

Je vous invite à ne pas hésiter à communiquer avec moi si vous avez besoin d'informations supplémentaires et vous prie d'agréer, Mme Soucy, mes salutations distinguées.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc.Inf.(c)
Tél. : (418) 547-0805
Courriel : edith_bilodeau@uqac.ca

APPENDICE H

LETTRE AUX DIRECTIONS DES SOINS INFIRMIERS

Jonquière, le 21 novembre 2006

Direction des soins infirmiers

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), j'effectue un projet de recherche intitulé : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce projet a reçu les approbations éthiques de l'UQAC et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (CSSSC).

Ce projet permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels ciblés travaillant en centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) car celles-ci n'ont jamais été répertoriées et par la suite, diffuser cette information à l'ensemble des milieux en soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La présente a pour but de vous informer que je rencontrerai au cours de la semaine prochaine, tous les responsables des CHSLD de la région, dont ceux du CSSS de Lac-Saint-Jean-Est, pour leur expliquer mon projet de recherche et obtenir une entente de collaboration écrite à cette étude.

Vous trouverez ci-joint une copie des documents qui leurs seront remis tels que la lettre d'entente de collaboration, le formulaire d'information pour les répondants, le texte publicitaire qui sera affiché dans le CHSLD participant, les questionnaires de recherche de même que les approbations éthiques de l'UQAC et du CSSSC.

Je vous invite à ne pas hésiter à communiquer avec moi si vous avez besoin d'informations supplémentaires et vous prie d'agréer mes salutations distinguées.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc.Inf.(c)
Tél. : (418) 547-0805
Courriel : edith_bilodeau@uqac.ca

APPENDICE I

LETTRE AUX COORDONNATEURS DES CENTRES D'HÉBERGEMENT

Jonquière, le 21 novembre 2006

Coordonnateur des centres d'hébergement

Madame,
Monsieur,

Dans le cadre de ma maîtrise en sciences infirmières à l'Université du Québec à Chicoutimi (UQAC), j'effectue un projet de recherche intitulé : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Ce projet a reçu les approbations éthiques de l'UQAC et du Centre de santé et des services sociaux de Chicoutimi (CSSSC).

Ce projet permettra de présenter des données probantes sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels ciblés travaillant en CHSLD car celles-ci n'ont jamais été répertoriées et par la suite, diffuser cette information à l'ensemble des milieux en soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

La présente a pour but de vous informer que je rencontrerai au cours de la semaine prochaine, tous les responsables des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région, dont ceux sous votre responsabilité, pour leur expliquer mon projet de recherche et obtenir une entente de collaboration écrite à cette étude.

Vous trouverez ci-joint une copie des documents qui leurs seront remis tels que la lettre d'entente de collaboration, le formulaire d'information pour les répondants, le texte publicitaire qui sera affiché dans le CHSLD participant, les questionnaires de recherche de même que les approbations éthiques de l'UQAC et du CSSSC.

Je tiens à vous assurer que votre appui à cette recherche est essentiel à son succès. Je vous invite à ne pas hésiter à communiquer avec moi si vous avez besoin d'informations supplémentaires. Je vous remercie pour précieuse collaboration et vous prie d'agréer mes cordiales salutations.

Edith Bilodeau, inf., M.Sc.Inf.(c)
Tél. : (418) 547-0805
Courriel : edith_bilodeau@uqac.ca

APPENDICE J

LETTRE DE REMERCIEMENT POUR LA COLLABORATION À LA RECHERCHE

*En cette période des Fêtes,
je vous souhaite à vous et à tous les
membres du personnel,
mes meilleurs vœux de santé et de
prospérité pour la nouvelle année.*

*Merci pour votre collaboration à ma
recherche.*

*Edith Bilodeau
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières*

APPENDICE K

INFORMATION SUR LA BOÎTE DE QUESTIONNAIRES COMPLÉTÉS



Université du Québec à Chicoutimi

**ÉTUDE DESCRIPTIVE DE L'UTILISATION DES THÉRAPIES
COMPLÉMENTAIRES ET ALTERNATIVES DE SOINS PAR LES
PROFESSIONNELS TRAVAILLANT EN CENTRE
D'HÉBERGEMENT ET DE SOINS DE LONGUE DURÉE DE LA
RÉGION DU SAGUENAY-LAC-SAINT-JEAN**

Dans le but de conserver l'anonymat des répondants et la confidentialité des données, les questionnaires complétés devront être scellés immédiatement dans l'enveloppe jointe et remise dans cette boîte avant le _____

Merci pour votre collaboration à ce projet de recherche.

Edith Bilodeau

Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

APPENDICE L

LETTRE POUR LA RÉCUPÉRATION DES BOÎTES DE QUESTIONNAIRES

Jonquière, le janvier 2007

CHSLD

Objet : Boîte de questionnaires de recherche

Madame, Monsieur,

La présente est pour vous aviser que je me présenterai le janvier 2007 pour récupérer la boîte de questionnaires complétés sur l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

J'apprécierais que vous en informiez les professionnels ciblés pour que ces derniers puissent remettre leur questionnaire complété d'ici cette date.

Tel que convenu, je vous ferai parvenir un rapport des résultats de cette recherche.

Je vous remercie pour votre collaboration à cette recherche et vous prie d'agréer mes cordiales salutations.

Edith Bilodeau
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières

APPENDICE M

LETTRE DE SUIVI AU COMITÉ ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE L'UQAC
(SIGNATURES DES RESPONSABLES DES CHSLD
PARTICIPANTS À LA RECHERCHE)

Chicoutimi, le 23 mars 2007

Monsieur André Leclerc
Président
Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC
555, boulevard de l'Université
Chicoutimi (Québec) G7H 2B1

Objet : Étude descriptive de l'utilisation des thérapies complémentaires et alternatives de soins par les professionnels travaillant en centre d'hébergement et de soins de longue durée de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean.

Monsieur,

Tel que demandé par les membres du Comité d'éthique de la recherche de l'UQAC lors de l'approbation éthique du projet de recherche cité en rubrique, vous trouverez ci-joint les lettres d'entente de collaboration signées par les responsables des centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) de la région du Saguenay–Lac-Saint-Jean qui ont accepté de participer à cette recherche.

De plus, ci-joint une copie de la version finale des questionnaires de recherche qui ont été soumis à la validation auprès de professionnels experts.

Je vous invite à ne pas hésiter à me contacter si des renseignements supplémentaires vous sont nécessaires et vous prie d'accepter, Monsieur le président, l'expression de mes sentiments distingués.

Edith Bilodeau, inf.
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières
Département des sciences humaines
Courriel : edith_bilodeau@uqac.ca